Nr. 34. 23. sierpnia 1930 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Henryk REISS, asystent kliniki. Kraków.

Przebieg gruźlicy w skórze a miejscowe odczyny tuberkulinowe.

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jag.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Walter.

W myśl zasady Bessau'a (3) i Schwenkego (9) można się przy określaniu czynności *(activitas)* względnie nieczynności przebiegu gruźlicy w ustroju kierować próbą powtórzonych (dwuczasowych) odczynów tuberkulinowych. Zasadę tę przeniosły w zakres dermatologicznej diagnostyki gruźlicy oraz starały się wartość jej w tejże dziedzinie określić — badania Rosta (8), Kellera i Marchioniniego (4), oraz nasze (2).

Oznaczenie czynności *(activitas)* sprawy gruźliczej, względnie stopnia jej czynności, ma znaczenie oczywiście pierwszorzędne. Badaniem klinicznem czysto fizycznem jest nieraz trudno zdać sobie jednak sprawę ze zjadliwości bakteryj, a co za tem idzie, z tempa postępowania choroby, jakie istnieje w okresie badania. Trudności te dotyczą przedewszystkiem badania gruźlicy narządów wewnętrznych. Musimy wtedy się uciekać do badań pomocniczych, w których odgrywają próby tuberkulinowe rolę bardzo ważną, a w szczególności sposób przeprowadzania tych prób.

W rozpoznawaniu czynności (i jej stopnia) w przebiegu gruźlicy skóry, ma oznaczenie aktywności sposobem prób tuberkulinowych powtórzonych (Bessau i Schwenke) znaczenie mniej istotne, a to z tej przyczyny, że wskaźnikiem przeważnie wystarczającym jest tu badanie kliniczne. Wszystkie drobne szczegóły i odchylenia w przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych, dla nas trudne do rozpoznania i stwierdzenia, — jeśli dotyczą powłok skórnych, wówczas same mówią za siebie, tworząc objawy kliniczne w postaci wykwitów. Wejrzenie tych wykwitów wystarcza, w praktycznem znaczeniu tego słowa, do oznaczenia stopnia czynności sprawy swoistej; wykwity świeże, jeśli zważyć ich cechy i mnogość, świadczą o stopniu rozszerzania się cierpienia, podobnie jak tworzące się blizny, przebarwienia i zaniki — o zatrzymywaniu się i gojeniu.

To też w zakresie gruźlicy skóry, jeśli chodzi o odczyny aktywne względnie nieaktywne, uzyskiwane sposobem dwuczasowego szczepienia tuberkuliną, odczyn ten może mieć przewszystkiem znaczenie raczej oceniające i potwierdzające podstawę teoretycznego rozumowania, jakie w praktyce powinno znaleść zastosowanie w zakresie diagnostyki gruźlicy narządów wewnętrznych. Potwierdzenia tego można oczekiwać mimo, iż skóra jest narządem o tak odrębnych właściwościach biologicznych od reszty ustroju, iż można mówić o jej stanach konstytucjonalnych i mimo, że stany patologiczne, będące tylko odbiciem cierpień ogólnoustrojowych, toczą się w jej obrębie w sposób tak specjalny i przybierają tak specjalne właściwości.

Rozpoznawanie czynności w przebiegu gruźlicy w skórze, oparte na szczepieniach tuberkulinowych, przeprowadzonych sposobem i opartych na rozumowaniu niżej przytoczonem, posiadać może w praktyce, jeśli chodzi tylko o zakres dermatologiczny, znaczenie mniej istotne, z przyczyn już podanych. Niemniej jednak może zasadniczą odgrywać rolę w postaciach zawikłanych, lub w postaciach o cechach aktywności mało zaznaczonych, dalej w takich postaciach, jak liszaj rumieniowaty *(lupus erythematosus)*, gdzie objawy wadliwych czynności naskórka nie pozwalają na kliniczne stwierdzenie biologicznych właściwości stanu chorobowego, t. j. jego aktywności, — dalej w postaciach rozmaitych tuberkulidów, jak np. zwłaszcza tuberkulidu grudkowo-martwiczego *(tuberculosis papulo-necrotica)* lub lupoidu prosówkowego *(tbc. miliaris lupoides)* gdzie, w przeciwieństwie do innych tuberkulidów, mogą się cechy przebiegu ostrego wyraźniej uwidocznić dopiero w obrazie histologicznym.

Przywykliśmy oceniać wartość rozpoznawczą danej próby — a która w tym przypadku stanowi próbę dwuczasowych odczynów tuberkulinowych — przez porównanie jej wyniku ze stanem rzeczywistym, jaki wypływa z badania klinicznego. Jeśli w przypadkach gruźlicy objawowej (klinicznie stwierdzonej) postępującej w skórze, przemawiać będzie próba dwuczasowych odczynów tuberkulinowych np. za nieczynnością przebiegu gruźlicy, wówczas uważalibyśmy wartość rozpoznawczą tego sposobu badania tuberkulinowego za zmniejszoną. Wtedy tylko zaczęlibyśmy uważać wyniki tych badań tuberkulinowych za miarodajne, a rozpoznanie kliniczne co do przebiegu gruźlicy — o ile są one sprzeczne z poprzedniemi — za mylne, o ile doświadczenie nas pouczy, że poza tem w innych przypadkach zgadzają się wyniki dwuczasowych odczynów tuberkulinowych z klinicznemi w olbrzymiej ilości przypadków. Badaniom bowiem biologicznym — o ile są one ugruntowane i o ile dana ich metoda zyskała sobie prawo obywatelstwa — więcej należałoby zaufać, niż powierzchownym badaniom klinicznym.

Poza tem zbyt często współcześnie z gruźlicą skóry istnieje gruźlica płuc, względnie najczęściej gruźlica gruczołów śródpiersia. Zdarza się to zresztą stale w przypadkach świeżych tuberkulidów *(tbc. indurata, tbc. papulo-necrotica, tbc. lichenoides, tbc. lupoides miliaris)*, choć ognisko wewnętrzne może być tak małe, że często klinicznie można go nie wykryć.

Również jednak w przypadkach gruźlicy toczniowej *(tbc. luposa)* i rozpływnej *(tbc. colliquativa)* zdarza się równoczesna gruźlica płuc w olbrzymiej liczbie przypadków; jeśli przytoczyć nasz materjał chorych kliniki stałej z ostatnich dwóch lat z zakresu gruźlicy skóry, stale zresztą badany wewnętrznie w kierunku gruźlicy, to nie było w tym materjale np. przypadku gruźlicy toczniowej, wolnego od małych, choćby nieczynnych ognisk gruźliczych w narządach klatki piersiowej. W przypadkach gruźlicy toczniowej stwierdzano często równocześnie nawet czynne ogniska gruźlicze w płucach z obecnością prątków Kocha. I tak stwierdził to N. C. van Vonno w 14,4% przypadków gruźlicy toczniowej, Pele w 20% przypadków gruźlicy toczniowej, Leipold w 24,7%, Brusgaard w 29.56%, Preininger w 34,8%, Peitter-Somogyi w 81,1% u mężczyzn, w 68,8% u kobiet, — Witkina i Maklakowa w 78%. — V. Vonno tłumaczy tę różnicę warunkami geograficznemi. W przeprowadzaniu tedy u takich chorych badania w celu stwierdzenia aktywności procesu, należy ewentualnie istniejące ognisko czynne brać na uwagę jako dominujące i ważne dla tego właśnie badania, bez względu na to, czy dotyczyć ono będzie skóry, czy wnętrza ustroju, obok istniejących nawet ognisk gruźliczych nieczynnych. W przypadkach zatem ognisk całkiem pewnie zagojonych na skórze, przy równoczesnem ognisku o aktywności nieokreślonej wewnątrz ustroju, będzie wynik dwuczasowego badania tuberkulinowego wskaźnikiem tylko dla przebiegu gruźlicy wewnętrznej, stanowiąc wskaźnik mylny w zakresie dermatologji. W przypadkach natomiast jawnych zmian gruźliczych skóry, zachowa badanie to dla dermatologów swą wartość rozpoznawczą ogólną, niejasnem atoli będąc w szczegółach, t. j. jeśli chodzi o stopień odczynu dodatniego; wartość rozpoznawcza tego stopnia, mającego określić stopień czynności względnie nieczynności przebiegu chorobowego, maleć będzie w zależności od natężenia przebiegu gruźlicy w narządach wewnętrznych.

Oczywiście, jeżeli chodzi o przypadki gruźlicy jedynie narządów wewnętrznych, dwuczasowe badanie tuberkulinowe musi swe znaczenie zachować w całości, przyjąwszy, że teorja jego ma widoki praktycznego urzeczywistnienia. Stanąwszy na tem stanowisku, nie odmówimy tej teorji, przez analogję, znaczenia praktycznego w gruźlicy skóry.

Materjał kliniczny do badań może przedstawiać wiele możliwych kombinacyj osobniczych, jeśli chodzi czyto o samo istnienie czynności przebiegu chorobowego, czy też o stopień tej czynności, zależnie w dodatku od siedziby cierpienia (t. j. w skórze lub narządach wewnętrznych). I tak może więc istnieć równocześnie sprawa gruźlicza czynna w skórze i wewnątrz ustroju, czynna gruźlica wewnątrz bez gruźlicy skóry i naodwrót, czynna gruźlica wewnętrzna przy zabliźnionej na skórze i naodwrót, wreszcie nieczynna (zabliźniona) sprawa wewnątrz bez gruźlicy skóry i naodwrót. Niezależnie od tego zachodzić mogą i znaczne różnice, przynajmniej w teorji, nasilenia między sprawą toczącą się wewnątrz ustroju i sprawą toczącą się w skórze. Wszystkie te możliwości mogą stanowić różnorakie tło diagnostyczne i mniej lub więcej osłabiać istotność i trafność odnośnych wyników dwuczasowych odczynów tuberkulinowych. W zestawieniach badań niniejszych ścieśniłem możliwość tych teoretycznych ewentualności w ramach ściśle rzeczywistych, a w dodatku mieszczących się w zakresie dermatologji rozpoznawczej. I tak w pierwszym

rzędzie uwzględniałem, odpowiednio do materjału rozporządzalnego, przypadki gruźlicy jawnej (objawowej) skóry, zaznaczając czy była równocześnie gruźlica narządów wewnętrznych lub czy jej nie było. Materjał bowiem gruźliczy dermatologiczny, leczony w klinice, to przypadki gruźlicy jawnej, postępującej, jak *tbc. luposa, colliquativa;* trudności w sprawie rozpoznawania czynności procesu chorobowego mogłyby wchodzić w rachubę tylko w przypadkach tuberkulidów *(tbc. lichenoides, lupoides miliaris, papulo-necrotica, indurata)*, jednak chorzy zgłaszają się do leczenia ze zmianami postępującemi, nie zaś z takiemi, które ustępują lub się zabliźniają. Fakt ten dotyczy oczywiście tembardziej przypadków *tbc. luposa, tbc. colliquativa* jak i *tbc. ulcerosa*. Możnaby przypuścić, że jednak u chorych, w chwili opuszczenia przez nich kliniki, mogłyby wypadać powtórzone odczyny tuberkulinowe gruźliczo-nieaktywnie, wobec tego, że ogniska chorobowe już nie postępują lub zupełnie ustąpiły. Jednak czas potrzebny do ustąpienia ognisk, nieraz bardzo krótki, nie wystarczy organizmowi do przeprowadzenia tej przemiany, by mógł zmienić zdolność oddziaływania w dwuczasowych próbach tuberkulinowych; poza tem wszak wyleczenie gruźlicy w skórze, to nie jest usunięcie aktywności jej przebiegu, lecz usunięcie zupełne jej ognisk. Zastosowanie dwuczasowych prób tuberkulinowych nie znalazłoby w tych przypadkach należytego uzasadnienia; podjęte w tym kierunku doświadczenia potwierdziły nasze przypuszczenia. Z tej to właśnie przyczyny wyróżniliśmy w doniesieniu niniejszem w zakresie jawnej gruźlicy skóry (a więc czynnej i wywołującej gruźliczo-aktywne odczyny tuberkulinowe) — przypadki powikłane gruźlicą wewnętrzną (bez względu na jej czynność) i przypadki nią niepowikłane. W przypadkach liszaja rumieniowatego *(lupus erythematosus)*, gdzie wobec nieraz bardzo przewlekłego obrazu klinicznego możemy oczekiwać w dziedzinie rozpoznawczej wiele od dwuczasowych prób tuberkulinowych, mogłoby istnienie czynnej sprawy gruźliczej wewnątrz ustroju wielce powikłać trafność odczynów. W naszym jednak materjale nie było w przypadkach liszaja rumieniowatego powikłań wewnętrznych czynnych, wobec czego nasze przypadki powyższego cierpienia skórnego oceniliśmy klinicznie jako nieczynne, oczekując potwierdzenia tego ze strony dwuczasowych prób tuberkulinowych.

Poza tem wyróżniliśmy przypadki kontrolne, (bez gruźlicy skóry), z zaznaczeniem ewentualnego istnienia zamkniętych ognisk gruźliczych wewnątrz ustroju (t. j. w płucach). Materjału z czynną gruźlicą wewnętrzną bez zmian skórnych nie mieliśmy do rozporządzenia.

Sprawa rozpoznawania czynności względnie nieczynności w przebiegu gruźlicy w ustroju sposobem dwuczasowych odczynów tuberkulinowych opiera się na rozległej dziedzinie diagnostyki gruźlicy zapomocą odczynów tuberkulinowych w ogólności. Już jednak ta ogólna diagnostyka gruźlicza napotyka na poważne trudności, jeśli chodzi o odczyny miejscowe, i to w zastosowaniu u osobników dorosłych. O ile bowiem wtedy odczyn miejscowy ujemny wyklucza zasadniczo istnienie ogniska gruźliczego w ustroju, o tyle dodatni wynik odczynu miejscowego nie dowodzi jeszcze niczego; zachodzi tu bowiem możliwość zadziałania nieswoistego tuberkuliny, jako obcego przetworu białkowego. Rozstrzygające znaczenie ma w rozpoznawaniu gruźlicy skóry jedynie odczyn ogniskowy — jednak do jego wywołania potrzeba nieraz znacznych ilości tuberkuliny, których zastosowanie diagnostyczne jako pierwsze i jednorazowe łączy się z niebezpieczeństwem dla chorego. W przypadkach gruźlicy dziecięcej, w których znaczenie odczynu miejscowego utrzymało się w całej pełni, próbował już Pirquet określać stopień natężenia schorzenia, opierając się na stopniu natężenia odczynów miejscowych. Erlemann i Erlander spostrzegli, że z wyników odczynów miejscowych prób, powtarzanych w pewnym okresie czasu, zdać sobie można poniekąd już sprawę z aktywności procesu chorobowego i ewentualnego rokowania. Do wniosków podobnych, aczkolwiek niejasnych i sprzecznych, doszli potem w tym względzie i inni autorowie, jak Ostenfeld, Kögel, Grundt i Rozenblat. W dociekaniu nad oznaczeniem wartości rozpoznawczej skórnych miejscowych odczynów tuberkulinowych w odniesieniu do określenia aktywności względnie nieczynności gruźliczego ogniska chorobowego w ustroju w ogólności — uczynili znaczniejsze postępy Schwenke i Bessau. Autorowie ci ponawiali po pewnym czasie skórne próby tuberkulinowe, a ze stopnia odczynów miejscowych względnie z porównania obu powtórzonych po sobie odczynów miejscowych wyciągali wnioski co do czynności przebiegu chorobowego.

Badania te opierają się na rozumowaniu teoretycznem, że w przypadkach istnienia w ustroju czynnego (aktywnego) ogniska gruźliczego z prątkami żywemi — ognisko to wywiera na gotowość odczynową tkanek (a więc i skóry) wpływ biologiczny swoisty o wiele większy, aniżeli wprowadzona do skóry tuberkulina; swoisty ustrojowy mechanizm ochronny jest przedewszystkiem nastawiony na zniweczenie właściwego ogniska gruźliczego, wobec istnienia którego odgrywa ilość tuberkuliny, wstrzykniętą sztucznie doskórnie, rolę drugorzędną, a zadrażniający jej swoisty wpływ jest wobec tego tylko nieznaczny, uruchomiając oczywiście tylko nieznacznie ciała ochronne, a co za tem idzie, wywołując nieznaczny skórny odczyn miejscowy. Tej nieznacznej ilości ciał ochronnych nie da się zwiększyć wywołaniem powtórnego odczynu skórnego, gdyż wszystkie zapasowe swe ciała ochronne zużywa ustrój do walki z głównym procesem chorobowym. A zatem odczyn miejscowy po powtórzonej próbie tuberkulinowej doskórnej nie może być w przypadkach czynnego procesu gruźliczego większy i silniejszy od odczynu poprzedniego. Natomiast w przypadkach nieczynnej gruźlicy odczyn miejscowy, powstały wskutek wprowadzenia tuberkuliny, może wystąpić w stopniu wzmożonym pod wpływem choćby najmniejszego urazu swoistego. Swoisty ustrojowy mechanizm ochronny nie angażuje się cały do zwalczania ogniska chorobowego; raz uczulony wytworzeniem odczynu tuberkulinowego, skieruje na powtórnie wprowadzony jad gruźliczy siły znacznie większe, czego objawem będzie zwiększenie się stopnia odczynu po powtórzonej próbie tuberkulinowej. Wreszcie znowu słabiej zaznaczony stopień powtórzonego miejscowego odczynu tuberkulinowego w stosunku do odczynu pierwszego, występujący niekiedy u osobników z charłactwem postępującem, odnosić można do obniżenia się stopniowego zdolności oddziaływania tkanki na bodźce, do obniżenia zdolności uruchomienia mechanizmu ochronnego ustroju.

Prócz tego posługiwali się metodą dwuczasowej próby tuberkulinowej Hamburger i Pringsheim. Hamburger przeprowadził badania na dzieciach dotkniętych gruźlicą i potwierdził wynik Bessaua, uważając równy stopień powtórzonych odczynów za oznakę gruźlicy postępującej, — natomiast nie sądzi, aby zwiększenie się powtórzonego odczynu miało stanowczo przemawiać przeciw aktywności przebiegu chorobowego. Pringsheim stosował metodę powyższą u 125 dorosłych z gruźlicą bądźto czynną, bądź nieczynną, przyczem potwierdził wyniki Bessau'a. Niedawno Marchionini ogłosił wyniki metody Bessau'a, którą stosował w przypadkach jawnej ***gruźlicy skóry*** i w kilkunastu przypadkach liszaju rumieniowatego, używając ponadto większej liczby przypadków kontrolnych, t. j. chorych bez żadnych znamion klinicznych gruźliczych czy to wewnętrznych, czy skórnych. Z tych jego przypadków kontrolnych w 11% próby tuberkulinowe miały wynik zupełnie ujemny, natomiast wypadły one dodatnio w pozostałych 89%. Z tych 89% dodatnio oddziałujących przypadków kontrolnych (t. j. bez klinicznych oznak gruźlicy), dało przy dwuczasowej próbie tuberkulinowej metodą Bessau'a 14,61% przypadków odczyn przemawiający za istnieniem czynnego procesu gruźliczego, a 85,39% — odczyn przemawiający za istnieniem gruźlicy nieczynnej. Dalej z pośród większej liczby przypadków jawnej gruźlicy skóry u Marchioniniego, u 77% osobników wystąpił odczyn przemawiający za gruźlicą czynną, u 17,52% — odczyn przemawiający za gruźlicą nieczynną, wreszcie u 5,11% odczyn przemawiający za istnieniem gruźlicy czynnej lub nieczynnej u osobników charłaczych. Z pośród rzeczonych przypadków jawnej gruźlicy skóry, spostrzeganych przez Marchioniniego był zwykły toczeń *(lupus vulgaris)* w około 75% przypadków, *tbc. colliquativa* w około 10% przypadków, *tbc. indurata Bazin* 5%, *tbc. verrucosa* około 4%, *tbc. papulo-necrotica* około 2%, *tbc. lichenoides (lichen scrophulosorum)* około 2%, wreszcie *tbc. ulcerosa* około 0.5%. Wyniki najbardziej zgodne z teorją Bessau'a były w przypadkach toczenia zwykłego *(lupus vulgaris)* i gruźlicy rozpływnej *(tbc. colliquativa)*, mianowicie w przypadkach *lupus vulgaris* dało 82% osobników odczyny dwuczasowe równoważne, t. j. odczyn gruźliczo-aktywny Bessau'a, — a w *tbc. colliquativa* dało takiż wynik 80% osobników. Inne postacie gruźlicy dały wyniki nie tak korzystne. Co do przypadków zaś liszaja rumieniowatego, to około 10% osobników wogóle nie oddziaływało, 57,16% oddziaływało odczynem dwuczasowym gruźliczo-nieaktywnym, 39.29% odczynem gruźliczo-aktywnym, wreszcie 3,55% odczynem charakterystycznym dla osób gruźliczych z charłactwem. Wyniki odczynów gruźliczych u charłaczych były w pewnej mierze zadowalniające w odniesieniu do klinicznych danych, poza tem przypadki z gruźlicą czynną narządów wewnętrznych dały w 100% odczyn dwuczasowy gruźliczo-aktywny według metody Bessau'a.

Korzystając z materjału chorych stałej kliniki dermatologicznej Uniw. Jag. przeprowadziłem badania dwuczasowym odczynem tuberkulinowym na większej liczbie chorych. Już poprzednio miałem sposobność podać w doniesieniu tymczasowem o pewnych

dość licznych nawet wynikach moich badań *(Annales de Dermat. et de Syph.,* 1931). W doniesieniu obecnem mogę już podać wyniki uzyskane na materjale znacznie większym, bo wynoszącym 203 chorych, z których to wyników wysnuć już można pewne szersze wnioski. Metoda, którą stosowałem, polegała na doskórnem wstrzyknięciu choremu w dwóch miejscach po 0,1 cm^3 rozczynu tuberkuliny starej Kocha w rozcieńczeniu 1 : 10.000 oraz jednej kontroli w postaci wstrzyknięcia takiejże objętościowo dawki rozczynu fizjologicznego soli, względnie 0,25% wody karbolowej — zależnie od jakości rozczyniania tuberkuliny. Z mierzonych następnie wymiarów odczynów miejscowych wybierano do statystyki ten stan odczynu, jaki występował po 48 godzinach od wstrzyknięcia. W oznaczaniu odczynu uwzględniano jego rozległość, stopień zaczerwienienia i wyniosłość, t. j. nacieczenie, ujawniające się wypukleniem ponad powierzchnię; przy oznaczaniu stopnia tej właściwości kierowano się raczej wyniosłością w ścisłem tego słowa znaczeniu, niż stopniem zbitości, pominąwszy zresztą, że obie te cechy idą zwykle z sobą w parze. Graficznie oznaczano odczyn, jak i zwyczajne odczyny tuberkulinowe, przeprowadzone sposobem Mantoux-Eschericha. O ile pierwsza próba wypadała ujemnie, powtarzano ją po 4 dniach, stosując większe stężenia tuberkuliny t. j. 1 : 1000, 1 : 100, a nawet 1 : 10), próbując uzyskać odczyn dodatni (czego jednak później, w miarę postępu własnych badań, zaniechano, ze względów przytoczonych dalej). Jeśli wreszcie wystąpił odczyn dodatni, powtarzano próbę po tygodniu, stosując takie stężenie tuberkuliny, jakie wywołało odczyn dodatni. Jeśli w pierwszej próbie jeszcze rozcieńczenie pierwotne t. j. 1 : 10.000 dało odczyn dodatni, stosowano to samo rozcieńczenie w próbie powtórzonej po tygodniu, przyczem znów oznaczano wymiar odczynów, podobnie jak w próbie pierwszej. Następnie porównywano odczyny powtórzone z odczynami pierwotnemi; mogły się one różnić od siebie co do poszczególnych swych cech i stopnia, a sumarycznie mogły być albo jednakie, albo pierwotny mógł być mniejszy od powtórzonego, albo wreszcie mógł być pierwotny większy od powtórzonego. Jednakowość dwuczasowego odczynu przemawia, zdaniem Bessau'a, za istnieniem gruźlicy czynnej, zwiększenie odczynu powtórzonego — za istnieniem gruźlicy nieczynnej, wreszcie zmniejszenie się odczynu powtórzonego — za istnieniem gruźlicy czynnej lub nieczynnej u osobników charłaczych.

W myśl teorji odczynów dwuczasowych, powinny stopnie osiągniętych odczynów (w zakresie rozległości, wyniosłości i stopnia zaczerwienienia) odpowiadać biologicznym właściwościom procesu gruźliczego, odpowiednio ujętego. Przy porównywaniu z sobą odczytanych już wyników odczynów, czyto u jednego osobnika, czy też odczynów osiągniętych u kilku osobników, uderza nas nieraz niewspółmierne nasilenie poszczególnych cech danego odczynu. I tak zajść może wielka rozległość zaczerwienienia przy słabym jego stopniu, duża wyniosłość przy małej rozległości, i t. p., i t. p. Otóż przy porównaniach z sobą ogólnego nasilenia odczytanych już odczynów (co właśnie zachodzi w oznaczaniu dwuczasowych odczynów tuberkulinowych) trzeba nieraz, przy pewnej nabytej wprawie, określić przeciętną cechę nasilenia odczynów. W praktyce na szczęście, jeden i ten sam osobnik oddziaływa zazwyczaj przy każdej powtórzonej próbie w sposób analogiczny w tem znaczeniu, że jeśli jego powtórzone odczyny różniły się od pierwszych, to wszystkie poszczególne cechy nasilenia zmieniały się zawsze w stosunku proporcjonalnym.

Do badań, przeprowadzanych w ścisłej zależności od jakości materjału chorych, rozporządzałem przedewszystkiem większym materjałem kontrolnym, który stanowili chorzy bądźto kiłowi, bądź z różnemi chorobami skórnemi. Z tych atoli chorych, wolnych od gruźlicy skóry, uznano 31% za dotkniętych staremi, nieczynnemi ogniskami gruźliczemi w płucach, przeważnie w szczytach płuc. Chorych z jawną gruźlicą skóry było około 30% wszystkich badanych przypadków. Z tej liczby chorych na gruźlicę jawną przypadało na gruźlicę toczniową *(tbc. luposa)* 41%, na gruźlicę rozpływną *(tbc. colliquativa)* 19%, na gruźlicę stwardniałą *(tbc. indurata)* 7,5%, na wrzodziejącą *(tbc. ulcerosa)* 1,5%, na grudkowo-martwiczą *(tbc. papulo-necrotica)* 7,5%, na lupoid prosówkowy *(tbc. lupoides miliaris)* 1,5%, na liszaj zołzowaty *(tbc. lichenoides)* 0%, na liszaj rumieniowaty *(lupus erythematosus)* 22%.

U osobników, u których nie stwierdzono żadnych zmian gruźliczych klinicznie (ani czynnych, ani nieczynnych), stwierdzono zwiększenie się odczynu powtórzonego (t. j. odczyn przemawiający za istnieniem gruźlicy nieczynnej) w 43% przypadków, u tychże osobników stwierdzono równość powtórzonego odczynu z odczynem pierwotnym (co przemawia za gruźlicą czynną) w 10% przypadków, — wreszcie u tych osobników stwierdzono zmniejszenie się odczynu powtórzonego (co przemawia za gruźlicą u osobników z charłactwem) w 37% przypadków. Około 10% osobników nie oddziaływało całkiem na tuberkulinę.

U osobników wolnych od schorzeń gruźliczych skóry, ale u których stwierdzono nieczynne ogniska gruźlicze w narządach wewnętrznych, t. j. szczytach płuc i wnękach, stwierdzono zwiększony odczyn powtórzony (t. j. odczyn gruźliczo-inaktywny) w 53% przypadków, zmniejszony odczyn powtórzony (gruźliczo-charłaczy) 37%, natomiast u żadnego z tych osobników nie stwierdzono równości obu odczynów, któraby mogła przemawiać za istnieniem gruźlicy czynnej [1]). Nie oddziaływało całkiem na tuberkulinę około 10% osobników.

U osobników z jawną, widocznie postępującą gruźlicą skóry — stwierdzono równość obu odczynów, czyli odczyn gruźliczo-aktywny (wyłączywszy przypadki *lupus erythematosus)* w 50% przypadków, zwiększony odczyn powtórzony, czyli gruźliczo-inaktywny w 21% przypadków, wreszcie zmniejszony odczyn powtórzony, czyli gruźliczo-charłaczy w 29% przypadków. Nie było osobnika z jawną gruźlicą skóry, któryby całkiem nie oddziaływał miejscowo na tuberkulinę.

W przypadkach liszaja rumieniowatego *(lupus erythematosus),* poddanych dwuczasowej próbie tuberkulinowej, wypadł odczyn gruźliczo-aktywnie w 7.7% przypadków, gruźliczo-inaktywnie w 69,3% przypadków, a gruźliczo-charłaczo w 23% przypadków. We wszystkich aktywnie oddziałujących przypadkach liszaja rumieniowatego stwierdzono klinicznie nieczynne ogniska w płucach; z pośród oddziałujących inaktywnie stwierdzono te same w 44%, a z pośród charłaczych z temże cierpieniem — w 33.3% przypadków.

W zestawieniu powyższem uderza, że w przypadkach kontrolnych zaledwie w 10% można było na podstawie odczynów miejscowych wykluczyć zupełnie gruźlicę; można to tłumaczyć tem, że chorzy ci mogli zachować w swym ustroju ślady niegdyś przebytego nieznacznego procesu gruźliczego, klinicznie niewykazalnego. Jednak stwierdzenie u tych osobników na podstawie odczynów miejscowych — gruźlicy czynnej w 10% — stanowi dla nas może nietylko ostrzeżenie co do oceny znaczenia rozpoznawczego równości dwuczasowego odczynu w odniesieniu do gruźlicy czynnej, lecz także staje się wskazówką, o ile rzeczą ważną jest dokładne oznaczenie stopnia odczynu.

Zastanawia również fakt, że z pośród materjału kontrolnego zarówno osoby klinicznie całkiem zdrowe jak i z nieczynną gruźlicą wewnętrzną, w jednakim stopniu nie oddziaływały na tuberkulinę (10%). O ile jest rzeczą naturalną, że osoby kontrolne ale ze śladami gruźliczemi nieczynnemi wewnątrz, nie oddziaływały aktywnie zupełnie — lecz w wysokim stopniu inaktywnie (53%), to wydać się musi dość charakterystyczne, że osoby całkiem klinicznie zdrowe oddziaływały aktywnie w 10% i inaktywnie w 43%.

Co się tyczy przypadków z jawną gruźlicą skóry, to spodziewaćby się należało większej odsetki odczynów gruźliczo-aktywnych, niż w 50%. Jeśli chodzi o wielką stosunkowo odsetkę odczynów wskazujących na gruźlicę z charłactwem, co zachodzi u osobników z jawną gruźlicą skóry, gdzie odsetka wynosi 29%, ale zwłaszcza u osobników kontrolnych (37%), to w istocie stwierdzić należy, że osoby leczone w szpitalu są to ludzie w znacznej mierze chorowici, wyniszczeni, biedni, niedożywieni; w przypadkach jawnej gruźlicy skóry chodziło tutaj o dzieci z rozległemi zmianami toczniowemi, młode i wychudzone kobiety z rozległą gruźlicą rozmiękającą lub grudkowo-martwiczą skóry i t. p., w przypadkach natomiast dotyczących ludzi klinicznie zdrowych lub z ukrytemi nieczynnemi ogniskami gruźlicy w narządach wewnętrznych, chodziło w istocie przeważnie o osoby wątło zbudowane, niedokrwiste o bladych powłokach, wychudzone i t. p. Muszę jednak zaznaczyć, że w kilku przypadkach były wyniki gruźliczo-charłacze nieoczekiwane, zwłaszcza o ile dotyczyły one materjału kontrolnego, zdarzały się bowiem takie odczyny u osób dobrze odżywionych i klinicznie zdrowych. Co do poszczególnych postaci jawnej gruźlicy skóry, to największa odsetkowo

---

[1]) Nieco dziwaczny fakt, że u gruźliczych z ogniskami wewnętrznemi nieczynnemi nie stwierdzono ani razu odczynu gruźliczo-aktywnego w porównaniu z osobnikami całkiem klinicznie zdrowymi, u których stwierdzono ten odczyn w 10%, pominąwszy, że teoretycznie nie powinien był zajść ten odczyn ani u jednych, ani u drugich) możnaby wytłumaczyć tem, że owe 10% możnaby zaliczyć w pewnej mierze albo do odczynów gruźliczo-inaktywnych, względnie do gruźliczo-charłaczych, gdyby może nieco wprawniejsze oko zauważyło było choćby niewielką różnicę w odczynie powtórzonym w stosunku do odczynu pierwszego. Ocena równości jest trudna i nieraz zapewne ciężko byłoby z niej wysnuwać wnioski rozpoznawcze bez znajomości rozpoznania klinicznego.

liczba wyników, wskazujących na gruźlicę czynną, dotyczyła przypadków *lupus vulgaris i tbc. colliquativa*. Wyniki te potwierdzają w części zestawienia Marchioniniego.

Inne odmiany gruźlicy skóry zdarzają się stosunkowo rzadko i dlatego w sprawie szczegółów ich dotyczących — nie można nic stanowczego powiedzieć; zaznaczę tylko, że osiągamy niemal zawsze wyniki gruźliczo-aktywne w przypadkach gruźlicy wrzodziejącej, a w około 50% w przypadkach *tbc. indurata*. Co się tyczy przypadków liszaja zołzowatego i lipoidu prosówkowego, to opierając się na naszym materjale, również nic pewnego powiedzieć nie można.

Natomiast z przypadków liszaja rumieniowatego było 54% z nieczynnemi zmianami wewnętrznemi, u reszty chorych klinicznie nie znaleziono zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych. Ze wszystkich przypadków *lupus erythematosus* oddziaływało aktywnie 7.7%, inaktywnie 69.3%, charłaczo 23%. Chorzy z *lupus erythematosus* oddziałujący aktywnie mieli wszyscy zmiany w płucach lub wnękach; z oddziałujących inaktywnie miało takie zmiany 55.5%, a z pośród oddziałujących charłaczo 33.3%.

W ocenie wyników, uzyskanych w przebiegu liszaja rumieniowatego zaznaczyć więc trzeba dużą zgodność z danemi klinicznemi w wynikach gruźliczo-inaktywnych (blisko 70%). Mała liczba wyników gruźliczo-aktywnych zgadza się z naszemi oczekiwaniami, a ilość wyników gruźliczo-charłaczych, mniejsza od tej samej liczby dotyczącej przypadków zdecydowanych postaci gruźlicy, nie odbiegała również od liczby przez nas oczekiwanej.

Wkońcu pragnę zaznaczyć, że sposób postępowania, jakiego używał Bessau, nasuwa pewne techniczne zastrzeżenia i wymaga pewnych zmian. Uważam za rzecz niepotrzebną ciągłe podnoszenie stężenia rozczynów stosowanej tuberkuliny aż do koniecznego wywołania odczynu dodatniego, jak to czynił Bessau. O ile jest jeszcze całkiem wytłumaczalne zwiększenie stężenia rozczynu z 1 : 10.000 na 1 : 1.000 u osobników słabo oddziałujących, aby przecież wywołać odczyn, o ile jest on uzasadniony, to przez dalsze ciągłe stosowanie coraz to silniejszych stężeń narazić się można na powstawanie odczynów nieswoistych. W niniejszych doświadczeniach oddziaływali chorzy z gruźlicą skóry już stale na stężenie 1 : 10.000. Natomiast u osobników, u których się udało po bezskutecznem stosowaniu rozczynów słabszych, wywołać wkońcu stężeniem silniejszem nawet silny odczyn miejscowy, stwierdzono brak wszelkich oznak gruźlicy. To też w miarę postępowania naszych badań, przestałem stosować system stopniowania rozczynów tuberkuliny. Rzeczą natomiast naprawdę ważną jest używanie zawsze świeżej tuberkuliny. Rozczyny starej tuberkuliny Kocha (1 : 10.000) należy sporządzać co tydzień; im rozczyn słabszy, tem szybciej traci swoją wartość. Pominąwszy zresztą ten fakt, stosowanie nierównomiernie świeżych rozczynów pociągnąć może za sobą nieswoiste różnice w nasilaniu odczynów pierwszych w porównaniu z powtórzonemi. Czysta tuberkulina Kocha, szczelnie zamknięta, długo utrzymuje swą sprawność; podobnie rozczyn 1 : 10, jako standardowy do sporządzania rozczynów właściwych, można przechować około miesiąca, bez narażania się na błędy rozpoznawcze, wynikłe z jego zepsucia. Rozczyn 1 : 100 działa sprawnie przez około 2 tygodnie, rozczyny zaś słabsze należy zmieniać jeszcze częściej; przyczem dobrze jest używać do prób powtórzonych rozczynów równie świeżych.

Ważną jest rzeczą, aby wybierać do prób zawsze te same miejsca na skórze. Skóra w różnych swych miejscach oddziaływa rozmaicie, co stwierdzono zwłaszcza przy stosowaniu prób czynnościowych w dziedzinie diagnostyki stanów wypryskowych. Dotyczy to z pewnością i tuberkuliny, co zresztą mieliśmy sposobność spostrzegać.

Wkońcu muszę wyrazić zdanie, że stara tuberkulina Kocha najlepiej się nadawała do niniejszych badań. Inne przetwory tuberkuliny okazywały się mniej odpowiednie i to zarówno w pojedyńczych próbach rozpoznawczych, jak i w badaniach sposobem dwuczasowych odczynów tuberkulinowych.

Piśmiennictwo:

1) N. C. van Vonno: Annales de Dermat. et Syph., Nr. 5, 1931. — 2) Reiss (H): Annales de Dermat et Syph., Nr. 3, 1931 i Przegląd dermat., 1930. — 3) Bessau: Jb. d. Kinderheilk., t. 81 i Kl. Woch., 1925. — 4) Marchionini: Archiv. f. Dermat. u. Syph., 1929. — 5) Perutz i Kaiser: Archiv. f. Dermat. u. Syph., 1924. — 6) Poór: Archiv. f. Dermat. u. Syph., t. 153, 1927. — 7) Samogyi: Archiv. f. Dermat. u. Syph., t. 148, 1925. — 8) Rost, Keller i Marchionini: Tuberculose — Bibliothek, 1930. — 9) Bessau i Schwenke: Jb. d. Kinderheilkunde, 79, str. 123.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kołomyja.

O przetaczaniu krwi nowym aparatem „*Athrombit*" zmodyfikowanym przez H. Bürkle de la Camp'a.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. S. Kaliniewicz.

W roku 1928 wygłosiłem na „Zjeździe Chirurgów Polskich" wykład o moich osobistych doświadczeniach nad problemem przetaczania krwi. Omawiając wówczas technikę przetaczania wypowiedziałem zdanie „stosując tylko sposób i aparaturę Percy'ego jestem z niej zadowolony i nie mam powodu nawet próbować innych sposobów" [1]).

Powody te wyłoniły się dopiero niedawno, po przeczytaniu prac o aparacie ostatniej doby, nazwanym przez jego wynalazców „Athrombitem". Po wypróbowaniu tego aparatu przyszedłem do przekonania, że posiada on wszystkie zalety parafinowanych rur Percy'ego, a przewyższa je pod wielu względami.

Zasada budowy nowego aparatu jest bardzo zbliżona do aparatu Percy'ego, lecz rura szklana jest zastąpioną przez cylinder z masy wynalezionej przez Lamperta i Neubauera. Masa ta jest produktem zagęszczania fenolu i formaliny, przypomina wyglądem bursztyn, daje się wyjałowić przez pięcio-minutowe wygotowanie. Krew wlana do naczyń wyrobionych z „Athrombitu" utrzymuje się dłuższy czas w stanie płynnym. Początkową konstrukcję aparatu do przetaczania krwi, podaną przez wymienionych wynalazców, zmienił H. Bürkle de la Camp i w tej modyfikacji może on konkurować zwycięsko z wszystkiemi dotychczas podanemi metodami przetaczania krwi.

Aparat składa się z cylindra wyrobionego z „Athrombitu", u dołu, z boku jego, jest otwór z gwintem, w który wkręca się krótką rurkę też z „Athrombitu". Górne światło cylindra nakrywa wieczko metalowe, otwierane na zawiaskach. W środku wieczka umieszczony jest kurek dwudrożny; na jedno ramię kurka nasadza się drenik gumowy, zakończony szklaną oliwką; służy on do wytwarzania ujemnego ciśnienia w cylindrze, przez ssanie ustami. Drugie ramię kurka łączy się z balonikiem do wtłaczania. Rączka do przełączania komunikacji między cylindrem a kurkami wskazuje w którą stronę kurek jest otwarty. Na boczną rurkę nasadza się albo ostrą kanjulę do nakłuwania żyły, wyrobioną z „Ainitu" — szlachetnej stali, precyzyjnie polerowanej, albo tępą kanjulą do przywiązywania w odpreparowanej żyle. Ponadto do aparatu należą 2 nasadki dostosowane do strzykawek Rekorda i do kanjulek ainitowych.

Technika wykonania przetoczenia:

1) Na ramię krwiobiorcy nakłada się opaskę gumową dla wywołania zastoju żylnego. W żyłę łokciową wbija się w kierunku dośrodkowym ostrą ainitową kanjulę, połączoną przez wspomnianą nasadkę z 10 cm^3 strzykawką Rekorda, napełnioną płynem Ringera. Strzykawkę oddaje się asystentowi, który wstrzykuje powoli rozczyn w celu uniknięcia tworzenia się skrzepów w kanjuli. Opaskę zwalnia się po stwierdzeniu, iż kanjula jest dobrze wbitą w żyłę. Jeżeli żyły krwiobiorcy są słabe należy odpreparować żyłę łokciową, naciąć ją i podwiązać włożoną tępą kanjulę ze strzykawką Rekorda, napełnioną płynem Ringera.

2) Zastój żylny u krwiodawcy najlepiej wykonać wedle moich doświadczeń aparatem do mierzenia ciśnienia krwi, przy ustawieniu wskazówki manometru między 80 a 110. Na boczną rurkę nasadza się silnie ostrą kanjulę i wbija się ją w żyłę krwiodawcy w kierunku obwodowym. Krwiodawca poprzednio pouczony wykonuje rytmicznie otwieranie i zamykanie pięści. Operujący wsysa lekko ustami powietrze przez drenik złączony z otwartym kurkiem. Krew napływa szybko do cylindra. Po napełnieniu się cylindra pożądaną ilością krwi, przekręca się rączkę kurka w pośrednie położenie tak, że obie drogi są zamknięte. Zwalnia się zastój żylny. O ile ma się zamiar pobierać dalej krew od tego samego krwiodawcy pozostawia się kanjulę, którą łączy się ze strzykawką napełnioną płynem Ringera. W razie zaniechania dalszego pobierania wyciąga się kanjulę razem z aparatem.

Wysysanie powietrza zaleca się (wedle wskazówek udzielonych mi przez wynalazcę aparatu) wykonywać całkiem lekko, tak aby w cylindrze ponad naczerpaną krwią nie powstawało ujemne ciśnienie. Pamiętając o powyższej zasadzie uniknie się po wyłączeniu aparatu z żyły krwiodawcy, podejścia ku górze cylindra naczerpanej krwi i dostania się powietrza do bocznej rurki.

---

[1]) „O bezpośredniem przetaczaniu krwi na podstawie własnych spostrzeżeń". Polsk. Prz. Chirur. 1928.

3) Cylinder wypełniony krwią przenosi się i włącza się w kanjulę tkwiącą w żyle krwiobiorcy. Przekręca się rączkę w kierunku balonika i wtłacza się krew przez powolne pociskanie balonikiem. Szczególnie powoli należy wtłaczać, gdy jest już niewiele krwi w cylindrze, aby uniknąć wdmuchnięcia do żyły powietrza, co byłoby połączone z niebezpieczeństwem zatoru powietrznego. Przy osiąganiu pewnej wprawy traci się zaledwie kilka cm³ krwi które pozostają w cylindrze. Dla zupełnej izolacji krwi od powietrza można przed wkłuciem kanjuli w żyłę krwiodawcy, aspirować do wnętrza cylindra nieco *paraffinum liquid. steril.*, podobnie jak przy metodzie Percy'ego.

Do chwili obecnej wykonałem opisanym aparatem 12 przetoczeń krwi. Przebieg wszystkich zabiegów był bez zarzutu, wykonanie ich nie przedstawiało żadnych trudności. Czas trwania zabiegu nie przekraczał 10 minut. Z dotychczasowych moich doświadczeń sądzę, że „Athrombit" zapobiega zupełnie pewnie krzepnięciu krwi, nawet i przez dłuższy okres czasu, jak to miałem sposobność przekonać się w jednym przypadku. Już po naczerpaniu 350 cm³ krwi musiałem preparować żyłę z powodu mimowolnego wypadnięcia z niej poprzednio wkłutej kanjuli. Po podwiązaniu tępej kanjuli w odpreparowanej żyle, przetoczenie odbyło się bez żadnej dalszej przeszkody.

Do czasu wynalezienia opisanego aparatu metoda Percy'ego była bezsprzecznie najlepszą wśród licznych innych, *„Athrombit"* w modyfikacji Bürkle - de la Camp'a łączy w sobie wszystkie zalety aparatu Percy'ego. Wyższość tych metod nad innemi można streścić w zdaniu, iż najbardziej ze wszystkich odpowiadają zasadom wymaganym przy przeszczepianiu żywych tkanek, t. j. najlepiej chronią przeszczep (krew) od wszelkich uszkodzeń, mechanicznych i chemicznych. Może w żadnym innym przeszczepie nie mamy tak wiele powikłanych, częściowo już poznanych własności biologicznych, które chcielibyśmy w stanie nieuszkodzonym prze-



nieść na odbiorcę. Zapewne, że w miarę dalszego poznawania tych własności wyłoni się jeszcze znacznie więcej możliwości leczniczych, które będziemy mogli osiągnąć przez przetaczanie krwi.

Najmniej „fizjologiczne" są metody odwłókniające krew przed przetoczeniem, następnie posługujące się cytrynianem sodu, czy też innemi domieszkami powodującemi niekrzepnięcie krwi. Również wszelkie strzykawki mogą uszkadzać krew mechanicznie. Do tych ostatnich można też zaliczyć aparat Oelekera, użycie jego wymaga wiele zachodu, sali operacyjnej, licznej asysty, ułożenia krwiodawcy obok chorego krwiobiorcy, co dla pierwszego może być nieprzyjemne.

Najczęstsze zwyżki ciepłoty były spostrzegane po przetoczeniach z cytrynianem sodu, mniej często po użyciu strzykawek, prawie nie stwierdza się ich po metodzie Percy'ego. Daje ona też największą gwarancję uniknięcia przeniesienia jakiegokolwiek zakażenia z krwiobiorcy na krwiodawcę, krwiodawca bowiem może znajdować się w czasie zabiegu nawet w innym pokoju.

Aparat „Athrombit", jak wspomniałem, posiada wszelkie zalety aparatu Percy'ego, przewyższa go natomiast pod wielu względami, a mianowicie:

1) zbiornik na krew nie wymaga w każdym razie dość żmudnego parafinowania, jak rury Percy'ego.

2) Preparowania żyły krwiodawcy można uniknąć zawsze, krwiobiorcy często.

3) Wypełniony cylinder athrombitowy włącza się przez włożenie bocznej rurki do szerokiego otworu kanjuli tkwiącej już w żyle krwiobiorcy, natomiast przy aparacie Percy'ego musi się wejść do żyły dość grubą szklanną rurką, co nie jest zbyt łatwe, zwłaszcza przy cienkich żyłach.

4) Zabieg aparatem „Athrombit" nie wymaga licznej asysty, może być wykonany przy pomocy dwu, nawet jednej siły pomocniczej, asysta lekarska nie jest konieczną.

5) W razie potrzeby przetoczenia odrazu i nagle większej ilości krwi (1000 cm³ i więcej), można jednym i tym samym aparatem athrombitowym pobrać krew kilkakrotnie od tego samego krwiodawcy, lub od kilku innych, bez uprzedniego wyjaławiania go, lub innego przygotowania.

Na podstawie dotychczasowego doświadczenia mogę polecić aparat „Athrombit" w modyfikacji Bürkle-de la Camp'a jako najlepszy pod każdym względem ze wszystkich znanych mi aparatów do przetaczania krwi.

Piśmiennictwo:

1) B. Breitner: Die Bluttransfusion, Abhand. a. d. Gesamtgebiet d. Med. 2) R. Stahl: Fortsch. d. Therapie, Nr. 7. — 3) H. Lampert: Münch. med. Wochsch. Nr. 14, 1930. — 4) O. Neubauer u. H. Lampert: Münch. med. Wochsch. Nr. 14, 1930. — 5) H. Dressler: Münch. med. Wochsch. Nr. 6. 1931. — 6) H. Bürkle-de la Camp.: Ztrbl. f. Chir. Nr. 14, 1931

Dr. Jan OFFENBERG. Warszawa.

W sprawie samoistnych wymiotów okresowych z acetonemją u dorosłych.

Wymioty, pojawiające się okresowo, nie są zjawiskiem rzadkiem w praktyce dziecięcej i neurologicznej; wyjątkowo rzadko ma z niemi do czynienia internista, zwłaszcza gdy rzecz dotyczy tak zwanych „samoistnych wymiotów okresowych".

Pod tem mianem rozumiemy wymioty, nie posiadające uchwytnego związku z jakąś inną chorobą pierwotną. Pod względem klinicznym cechują je następujące właściwości: 1) wymioty stanowią objaw podstawowy w obrazie chorobowym, 2) wymioty przychodzą w postaci napadów i powtarzają się okresowo w dłuższych lub krótszych odstępach czasu, 3) przebieg wymiotów jest gwałtowny z cechą niepowściągliwych, 4) wymiotom towarzyszy acetonurja, 5) charakterystyczną cechą cierpienia powyższego jest szybki powrót chorego do zupełnego zdrowia po ustąpieniu wymiotów.

W ten sposób do „samoistnych wymiotów okresowych" nie należą wymioty, powstające wtórnie, jako np. 1) zjawisko odruchowe podczas napadów powtarzającej się kolki wątrobowej i nerkowej lub 2) jako następstwo podrażnienia otrzewnej w recydywujących zapaleniach wyrostka robaczkowego lub w innych sprawach zapalnych jamy brzusznej. Nie odpowiadają też powyższemu określeniu wymioty, powstające w następstwie przemijającej, a ponawiającej się niedrożności przewodu pokarmowego, ani wymioty towarzyszące migrenie lub wiądowi rdzenia *(crises gastriques)*, gdyż tego rodzaju wymioty nie posiadają cech samoistności, a pozostają w wyraźnej zależności od schorzenia podstawowego.

Bliską grupę dla omawianej przez nas sprawy stanowią wymioty, spostrzegane u chorych z histerją lub neurastenją; w tych razach jednak ogólne tło chorobowe rzuca wyraźne światło na pochodzenie wymiotów.

Omawianej przez nas sprawie samoistnych wymiotów okresowych odpowiada najzupełniej choroba, często spostrzegana u dzieci i znana pod nazwą wymiotów okresowych z acetonemją.

Dotąd panowała w nauce zgodna opinja, że wymioty okresowe z acetonemją są cierpieniem wyłącznie wieku dziecięcego i że w 12 roku życia wymioty ustają, w każdym razie wiek dojrzewania płciowego ma stanowić najwyższą granicę, której choroba ta nigdy nie przekracza.

Twierdzenie to winno ulec sprostowaniu, rzeczywistość bowiem nastręcza fakty, przeczące panującej zasadzie. Dla poparcia powyższego mniemania przytaczamy opis własnego spostrzeżenia, które w chwili obecnej nie jest już odosobnionem w piśmiennictwie lekarskiem, gdyż ostatnio w prasie niemieckiej ogłoszono około

10 przypadków wymiotów okresowych acetonemicznych u osób dorosłych [2]).

Spostrzeżenie nasze dotyczy mężczyzny, mającego obecnie 36 lat, Bolesława Kad..., do którego byłem wezwany po raz pierwszy d. 12. IV. 1926 r. z powodu nader uporczywych wymiotów, trwających już 3 doby. Chory o budowie mocnej, odżywieniu średnim — uskarżał się na męczace wymioty i wyczerpanie, na zupełny brak apetytu i silne zaparcie, nie dające się od kilku dni usunąć. Pragnienie, które odczuwał, nie mogło być zaspokojone należycie z powodu stałego zrzucania wprowadzanych płynów. Chory miał brzuch wpadnięty, żadnych bólów w brzuchu nie doświadczał i na ucisk nie reagował bólem. Również nie miał bólów głowy, na migrenę nie cierpiał. T. = 37.2. P. = 64. Ciśnienie krwi: Mx. 125 mm Hg. Min. 65 mm Hg. Odruchy kolanowe i źreniczne normalne. Mocz — o odczynie kwaśnym — zawierał małe ślady białka, moczany, cukier był nieobecny, stwierdzono wybitny aceton. Krew, zbadana dnia 15. IV. 1926 r. w Laboratorjum dr. Mutermilcha, wykazała: mocznika 0,8 g na litr; bilirubinemja: odczyn pośredni van den Bergh'a słabo dodatni, Wassermann — Bordet — ujemny.

Szczególnie wymowne były wywiady, które tu są odtworzone ze słów chorego i jego matki. Bolesław Kad... po raz pierwszy zachorował na uporczywe wymioty w 4 roku życia. Mimo zastosowanej diety — wymioty się powtarzały w dłuższych lub krótszych odstępach czasu, trwały na razie po 4 — 5 dni, potem nawet po 10 dni, a raz sprawa się przeciągnęła do 16 dni. Wymioty przychodziły co 15—30 minut. Matka nadmienia, że w wymiocinach spostrzegała żółć, czasem nawet ślady krwi. Wymioty powtarzały się okresowo do 12-go roku życia — czyli przez 8 lat, potem nastąpiła 10-letnia przerwa, a w r. 1917, czyli w 23 roku życia — po silnych wzruszeniach ponowiły się i powtarzały znów cyklicznie przez parę lat. Po kilku latach pomyślnych — wymioty wróciły znów w r. 1926 i odtąd właśnie rozpoczyna się obserwacja nasza. Ze słów matki dowiadujemy się, że i inne jej dzieci zapadały w latach dziecinnych na okresowe wymioty, połączone z silnem zaparciem i wstrętem do jadła, nasz zaś pacjent chorował zawsze najciężej. Powody do wymiotów bywały, podług słów matki (notabene żony lekarza), rozmaite: „trochę gorączki, fluksja, narywanie palca, przejedzenie się, gdyż chory odznaczał się łapczywością". Z innych chorób pacjent nasz przebył w r. 1919 ostry gościec stawowy. Kiły nie przechodził. W pożywieniu chorego przeważały pokarmy mięsne i tłuszcze, a mniej były uwzględniane węglowodany.

Od kwietnia r. 1926 do końca r. 1930 byłem wzywany do tegoż chorego jeszcze 4 razy i zawsze z tych samych powodów, mianowicie powtarzających się uporczywych i nader męczących dla chorego wymiotów, zawsze poprzedzanych większem zaparciem. Raz przyszły one po obfitem spożyciu kiełbasy z kapustą i z wódką. Wymioty trwały już 6-ty dzień, chory czuł się bardzo wyczerpanym, znużonym, w nocy nawet majaczył (20. VI. 1926). Mam zachowaną analizę moczu i wymiocin z innego znów napadu (10. VIII. 1930), wykonaną w Laboratorjum Dr. Łukasiewicza i Millaka. Mocz zawierał znacznie zwiększoną ilość acetonu, poza tem, była zwiększona ilość urobiliny i indykanu, chlorków mocz zawierał 5‰, były ślady białka i nieznaczne ślady cukru, krwinki po 2—3 w polu widzenia, wałeczki szkliste 2 w preparacie. Wymiociny, dostarczone w ilości 2 litrów, wykazywały ogólną kwasotę 18, wolny kwas solny 6, kwasu mlekowego nie zawierały, żółć nieobecna, próba na krew dodatnia.

W celu ustalenia rozpoznania należało zróżniczkować cały szereg stanów, mogących dać podobny obraz chorobowy, nie wyłączając niedrożności jelit, mocznicy, *crises gastriques* i t. p., jednak myśl się zawsze zatrzymywała na przypuszczeniu, że mamy tu do czynienia z rzadkim przypadkiem wymiotów okresowych acetonemicznych u osobnika dorosłego. Za tem bowiem przemawiały charakterystyczne wywiady, okresowość choroby, acetonurja, wreszcie szybki powrót do zdrowia po ustąpieniu wymiotów.

W dostępnem mi jednak piśmiennictwie, dotyczącem powyższego przedmiotu, nie napotkałem wzmianki o możliwości takich wymiotów u dorosłych. Przypadek wymagał szczegółowszego zbadania. Należało oznaczyć aceton we krwi, określić rezerwę alkaliczną, przekonać się o nieistnieniu mechanicznych przeszkód w przewodzie pokarmowym, jak zrosty, skręty, uwięźnięcia uchyłków, wreszcie — dla wyjaśnienia patogenezy wymiotów acetonemicznych — poznać wydolność wątroby, trzustki, układu wegetatywnego, zbadać przemianę materji węglowodanową, białkową i tłuszczową.

Od samego początku namawiałem chorego do poddania się ściślej obserwacji w warunkach klinicznych. Chory przystał na to dopiero dn. 13. VIII. 1930 r. i wstąpił do Szpitala Wojskowego Mokotowskiego, gdzie pozostawał pod stałą obserwacją i kierunkiem ordynatora tego Szpitala mjr.-lek. Kaz. Sowińskiego.

Los chciał, że w Szpitalu wymioty ustały i nie powtórzyły się przez cały czas pobytu aż do wyjścia ze Szpitala dn. 8. IX. 1930. Obserwacja przeto dotyczy stanu chorego nie podczas wymiotów, a zaraz po ich ustąpieniu. Dzięki uprzejmemu udzieleniu mi przez dr. Sowińskiego danych, osiągniętych przez niego w Szpitalu oraz zezwoleniu skorzystania z nich, jestem w możności przytoczenia tu kilku cennych faktów, za co niniejszem składam kol. Sowińskiemu serdeczne podziękowanie.

Przedewszystkiem stwierdzono tam, że aceton znikł z moczu bardzo prędko po ustąpieniu wymiotów, że w parę dni potem mocz nie zdradzał już żadnych odchyleń od normy, ilość amonjaku w moczu wynosiła 0.5‰, również i mocznik we krwi nie przekraczał normy (0.3‰). Poziom cukru we krwi wynosił d. 21. VIII. 0,05%, zaś dnia 23. VIII... 0,14%. Nie posiadamy wiadomości, czy badania te, wykazujace tak odmienne liczby cukru we krwi, odbyły się w jednakowych warunkach, np. czy chory nie spożył przypadkiem węglowodanów przed pobraniem krwi. Poszukiwania laboratoryjne acetonu we krwi metodą Engfeldt'a d. 23. VIII. wykazały ilość całego acetonu 27.1 mg na 100 cm^3.

Morfologiczny obraz krwi z dn. 5. IX. tak się przedstawiał: krwinek czerwonych 4450000, białych ciałek 4800, Hb. 64 Sahli (79%). Wzór leukocytowy: segmentowanych 45%, pałeczkowatych 10%, młodych postaci 5%, limfocytów dużych 22%, małych 18%. Wassermann — ujemny.

Załączamy też wyniki badania rentgenowskiego, dokonanego w Szpitalu Mokotowskim: „Żołądek skręcony około swej osi ku przodowi i przemieszczony nieco w prawo. Część odźwiernika zwrócona ku dołowi. Perystaltyka dość żywa. Przechodzenie treści przez odźwiernik i dwunastnicę prawidłowe. Sprawność mechaniczna żołądka prawidłowa: w 3 i pół godziny po śniadaniu żołądek próżny, treść w jelitach cienkich rozrzucona po całej jamie brzusznej. W 24 godzin wypełniona jest wstępnica, poprzecznica i częściowo zstępnica. Okrężnica uniesiona wysoko (poprzecznie pod łukiem żebrowym), wydłużona, spastyczna (N. 5939)". „Prześwietlenie jamy brzusznej zapomocą wlewki kontrastowej wykazuje wydłużenie okrężnicy zwłaszcza esicy, która jest nieco rozszerzona. Poprzecznica uniesiona wysoko. Płyn kontrastowy przechodzi bez zatrzymywania się. Przeszło 2 litry wlewanki nie wypełniają grubych jelit do końca (N. 6075)".

Reasumując wyniki prześwietlenia, widzimy, że sprawność mechaniczna żołądka i jelit cienkich w okresie ponapadowym — pomimo wzmiankowanych zmian anatomicznych w przewodzie pokarmowym — jest całkiem prawidłowa. Nie może też być mowy o tem, by w pochodzeniu wymiotów miała odgrywać rolę przemijająca niedrożność w dolnym odcinku jelita grubego (w rodzaju skrętu *megasigma*), gdyż wówczas mielibyśmy wybitne wzdęcie brzucha, w rzeczy samej zaś podczas napadu wymiotów brzuch był wyraźnie wpadnięty [3]).

Nie znajdując wytłumaczenia dla wymiotów okresowych u naszego pacjenta w przemijającej niedrożności przewodu pokarmowego, wracamy do pierwotnej myśli naszej, nawiązującej łączność wymiotów z acetonemją, przedtem jednak musimy odpowiedzieć na nasuwającą się wątpliwość, czy acetonemja nie jest tu następstwem głodu po kilkudniowych wymiotach. Jakkolwiek aceton w moczu głodujących jest zjawiskiem znanem, jednak u osób dorosłych zazwyczaj nie przychodzi zbyt łatwo do ketonurji, jak to widać z badań Schloss'a, który przytacza fakt, że u chorego swego ze zwężeniem odźwiernika na tle rakowatem i wymiotującego ze 20 razy na dobę w moczu nie mógł stwierdzić acetonu.

Marian [4]) podaje cenną wskazówkę dla odróżnienia „wymiotów okresowych z acetonemją" od wymiotów innego pochodzenia, którym również towarzyszy acetonemja: otóż — u chorych pierwszej kategorji ma się pojawiać aceton w wydechanem powietrzu bardzo wcześnie, nawet na dobę przed napadowemi wymiotami, podczas gdy w wymiotach innego pochodzenia aceton tworzy się później i acetonemja przychodzi jako objaw późny.

---

[2]) Deutsches Archiv f. Klinische Med. H. 5—6 r. 1930. Jakob Schloss: „Ueber azetonämisches Erbrechen beim Erwachsenen". W pracy tej autor podaje opis 5 własnych przypadków i tyleż spostrzeżeń, opisanych przez innych autorów.

[3]) Nadmienić winniśmy, że dla uzupełnienia obrazu rentgenowskiego należy prześwietlić przewód pokarmowy podczas samego napadu wymiotów, by całkowicie wyłączyć możliwość przeszkody mechanicznej, np. ucisku dwunastnicy, co spostrzegano w niektórych przypadkach.

[4]) „La Presse Médicale", N. 98, r. 1930.

Również i w wymiotach migrenowych, jeśli dochodzi do acetonemji, pojawia się aceton dopiero później.

Niestety, nie mogliśmy sprawdzić pożytku powyższej cechy różniczkowej w naszym przypadku, gdyż obserwowaliśmy chorego zawsze nie na początku napadu, a dopiero po kilku dniach niepowściągliwych wymiotów.

Badania krwi na zawartość ilościową acetonu stanowi, zdaniem naszem, cenną wskazówkę dla rozpoznania samoistnych wymiotów okresowych i dla ich rokowania, ale w dostępnej mi literaturze nie znalazłem odnośnych danych, tylko Howland i Mariot podają, że u dziecka, zmarłego na wymioty okresowe, aceton we krwi sięgał 170 mg na 100 cm^3, czyli krew zawierała tak wielką ilość acetonu, jaką spotykamy u dorosłych diabetyków w okresie śpiączki.

Skoro się przychylamy do rozpoznania u naszego chorego — okresowych wymiotów z acetonemją (czyli „samoistnych wymiotów okresowych"), winniśmy się zastanowić nad patogenezą tego cierpienia. Obecny stan wiedzy lekarskiej nie daje możności całkowitego rozwikłania tej patogenezy, posiadającej jeszcze wiele stron ciemnych i spornych. Niemniej jednak kilka faktów zostało ustalonych.

Na wymioty z acetonemją zapadają, jak to wszyscy zgodnie świadczą, osoby z usposobieniem neuropatycznem. Przyjęty jest również pogląd M a r f a n a[5], że okresowe wymioty i acetonemja nie są ze sobą związane stosunkiem przyczynowym. Wiemy tylko, że występują one współrzędnie i że są wynikiem nagłego zaburzenia w przemianie materji, dzięki któremu powstaje substancja, powodująca jednocześnie i wymioty i nadmierną produkcję ciał ketonowych. Są to więc wymioty z acetonemją, a nie wymioty wskutek acetonemji[6]).

O związkach ketonowych wiemy, że 1) głównym narządem ketorodnym i ketolitycznym jest wątroba, że 2) rozpad ciał ketonowych może się odbywać w obecności węglowodanów, gdyż ciała ketonowe, tak samo jak i tłuszcze „spalają się w ogniu węglowodanów". A że wątroba jest narządem odgrywającym wybitną rolę w gospodarce węglowodanowej, przeto udziału wątroby w powstawaniu wymiotów acetonemicznych nie da się zaprzeczyć.

Ale czy całą patogenezę wymiotów acetonemicznych da się sprowadzić wyłącznie do zaburzeń czynności wątroby?

Tu się zaczynają przypuszczenia, które nie tyle wyjaśniają sprawę, co wykazują, w jakim stopniu jest ona skomplikowaną.

Część autorów pragnie widzieć przyczynę wymiotów okresowych w niewydolności trzustki, inni, jak T e r r i e n — w niedomodze nadnerczy. N a b e r s h u b e r znów tłumaczy wymioty acetonemiczne nadczynnością tarczycy[7]), którą obserwował w swym przypadku u dorosłej kobiety. Nadczynność tarczycy prowadzi, zdaniem jego, do wzmożonego rozkładu ciał tłuszczowych, wymioty zaś są następstwem stanu podniecenia układu wegetatywnego, ściśle związanego z czynnością tarczycy. K n o e p f e l m a c h e r szuka przyczyny wymiotów okresowych w układzie wegetatywnym *(hypervagotonia familiaris* lub wyczerpanie układu współczulnego). P a c c h i o n i tłumaczy cały zespół wymiotów acetonemicznych stanem anafilaktycznym, powstającym pod wpływem nadmiernego rozkładu tłuszczów ustrojowych w związku z uczuleniem na wprowadzane tłuszcze pokarmowe; temu ma dopomagać stała u tych chorych limfocytoza, usposabiająca do nadprodukcji lipazy. Leukopenja, spotykana u tych chorych, ma również być potwierdzeniem anafilaktycznego pochodzenia całego zjawiska. Istnieją jeszcze inne poglądy na patogenezę wymiotów acetonemicznych. Francuscy autorzy kładą nacisk na predyspozycję konstytucjonalną, mianowicie na artretyzm dziedziczny *(heredo-arthritique).* Są też opisy wymiotów acetonicznych, powstających od ucisku dwunastnicy przez krezkę lub okrężnicę, jak to stwierdzili w swoich przypadkach D u v a l i R o u x, lub przez zrosty, jak opisują H a y e s i S h a w.

M a r f a n jednak ściśle odróżnia wymioty tego pochodzenia od właściwych wymiotów okresowych na zasadzie wczesnej lub późnej acetonemji.

Streszczając powyższe poglądy, zdajemy sobie sprawę, że żaden z nich nie rozwiązuje zagadnienia całkowicie z powodu swej jednostronności. A jednak, zastanawiając się bliżej nad znaczeniem wszystkich przytoczonych poglądów, nie dopatrujemy się w nich sprzeczności, przeciwnie, widzimy, że one pod wieloma względami się uzupełniają. Patogeneza wymiotów cyklicznych z acetonemją jest bardzo złożona: odgrywa tu rolę konstytucja neuropatyczna z uczuleniem ustroju na jakiś czynnik nieznany, dzięki czemu powstaje nagłe zaburzenie w metabolizmie, prowadzące do acetonemji i do wymiotów. Niezbędnym warunkiem musi tu być niewydolność wątroby z wyczerpaniem zapasów glikogenu; nie pozostaje zapewne bez wpływu również i stan niektórych gruczołów dokrewnych oraz znajdującego się z niemi w łączności układu wegetatywnego z hiperwagotonją lub wyczerpaniem układu współczulnego.

Bodźcem bezpośrednim do wywołania napadu mogą być rozmaite okoliczności: błąd dietetyczny, silne wzruszenie, gorączka i t. p.

Czy omawiane cierpienie jest chorobą sui generis, czy tylko zespołem chorobowym? Odpowiedź na to lepiej pozostawić przyszłości, gdy będzie poznana zasadnicza przyczyna tego schorzenia.

L e c z e n i e. W napadzie wymiotów stosowaliśmy glukozę 5% podskórnie lub w kroplówkach, co sprawiało choremu ulgę, zaznaczyć jednak winniśmy, że wymioty ustępowały — niezależnie od tego — tak samo nagle, jak przychodziły.

W celach zapobiegawczych zalecaliśmy choremu przestrojenie ustroju przez zmianę systemu żywienia, polegającą na unikaniu nadmiernego jadła oraz na uszczupleniu ilości wprowadzonych tłuszczów i składników białkowych, natomiast zwiększeniu węglowodanów[8]).

W n i o s k i: 1) „Okresowe wymioty z acetonemją" nie są chorobą wyłącznie wieku dziecinnego, jak sądzono dotąd.

2) W sprawie terminologji omawianej choroby (okresowych wymiotów z acetonemją) — uważamy, że najwłaściwszą byłaby dla niej nazwa „samoistnych wymiotów okresowych" *(Vomitus periodicus idiopathicus).* Nazwa „samoistnych" wymiotów stanie się nieaktualną, gdy będzie poznana zasadnicza przyczyna choroby.

Dr. T. PARUCH, st. asyst. Kliniki Poł. Lwów.

Przypadek gruźlicy prosówkowej w połogu.

Z Kliniki Poł. Gin. U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. B o c h e ń s k i.

Sprawa gruźlicza pod jakąkolwiek postacią i w każdym narządzie przedstawia dla osoby ciężarnej poważne niebezpieczeństwo. Nawet gruźlica utajona, względnie nieczynna, nie dająca klinicznych objawów, może w czasie ciąży, a częściej jeszcze w połogu, ulec zaostrzeniu, a nawet uogólnieniu.

Dowodem tego są spostrzeżenia kliniczne, do których należy zaliczyć i przypadek, który miałem sposobność spostrzegać niedawno w klinice położniczej lwowskiej, a którego przebieg poniżej w krótkości podaję.

Dnia 8 grudnia 1930 r. przywieziono do kliniki poł. gin. na oddział septyczny położnicę E. B. (L. p. 1429/930) lat 28 licząca, która urodziła na czasie, w domu przed 8 dniami płód żywy. W wywiadach zanotowano, że dotąd zawsze prawidłowo miesiączkowała, rodziła 4 razy siłami natury, dzieci zawsze żywe. W 2 tygodnie przed obecnym porodem zachorowała wśród dreszczów, gorączki, parcia na mocz.

Zawezwany lekarz stwierdził zapalenie pęcherza moczowego, zapisał utropinę z salolem, poczem stan chorej nieco się poprawił. Wśród tego 1 grudnia 1930 nastąpił poród. Żali się na bóle dołem brzucha i w okolicy nerki lewej i parcie na mocz, który oddaje czasem bezwiednie. Badanie przedmiotowe stwierdziło stan następujący:

Chora wzrostu średniego, o odżywieniu lichem. Głowa bez zmian, twarz blada, o odcieniu sinawym. Klatka piersiowa umiarowa, w szczytach płuc wypuk przytłumiony. Serce bez zmian, brzuch płaski, niebolesny, śledziona i wątroba niepowiększone. Okolica lewej nerki bolesna. Macica sięga 3 palce wyżej spojenia łonowego, kończyny bez zmian. Odchody cuchnące, ciepłota 38°, tętno 100 na minutę, równe, dobrze napięte.

Badanie moczu:

Ciężar gatunkowy: 1018, oddziaływanie: kwaśne, białko: obecne (2‰) cukier: nieobecny, w osadzie: pole widzenia zasiane ciałkami ropnemi, krwinkami, drobnoustrojami pałeczkowatemi, pojedyńczemi wałeczkami ziarnistemi.

---

[5]) M a r f a n: „Les vomissements periodiques avec acetonémie". r. 1926.

[6]) Analogję stanu podobnego mamy w zatruciu chloroformowem.

[7]) Wien. Klin. Woch. Nr. 8. r. 1930.

[8]) Dowiadujemy się, że chory nasz — wskutek ponownego napadu wymiotów na początku roku bieżącego — zdecydował się poddać ponownej dłuższej obserwacji i wstąpił do II Kliniki Uniwersyteckiej Chorób Wewnętrznych.

Na pożywce wyrosła z moczu hodowla pałeczki okrężnicy *(Bact. coli).*

Badanie krwi:

Ciałek czerwonych 3.900.000, ciałek białych 8200 segmentowanych 62%, limfocytów 35%, eozynochłonnych 2%, monocytów 1%.

Brak dreszczów, powiększenia śledziony, wilgotny język, obraz krwi, ciepłota o charakterze krzywej ciągłej, przemawiały przeciwko ogólnemu zakażeniu połogowemu.

Rozpoznano *endometritis post partum et pyelonephritis.* W dalszym przebiegu choroby ciepłota utrzymując swój typ krzywej ciągłej, wzrasta powoli od 38° w pierwszym dniu choroby do 40.4° w dziesiątym dniu choroby, a ostatnim życia. Tętno odpowiada ciepłocie, bóle nerki lewej utrzymują się. Siódmego dnia pobytu w klinice, a piętnastego od porodu wystąpiło silne krwawienie z macicy, a ponieważ badanie wewnętrzne wykazało drożność szyi, w której tkwiły skrzepy, i jakby resztki łożyska, usunięto je bardzo ostrożnie szczypczykami Wintera nie ściągając macicy ku dołowi.

Następnego dnia chora zmarła.

Sekcja stwierdziła stan następujący: *status hypoplasticus, peritonitis fibrinosa diffusa, salpingitis t. b. c. caseosa dextra uterus post partum, pyelonephritis chr. sinistra, eruptio t. b. c. miliaris universalis.*

Wynik sekcji, aczkolwiek potwierdził rozpoznania nasze, stwierdził zarazem, że *endometritis i pyelonephritis* były sprawami ubocznemi, podczas gdy główną chorobą, która spowodowała zejście śmiertelne, była gruźlica prosówkowa z punktem wyjścia ze starego ogniska gruźliczego trąbki prawej.

Gruźlica narządów płciowych kobiecych najczęściej umiejscawia się w trąbkach. Powstaje ona albo drogą naczyń krwionośnych metastatycznie albo *per continuitatem* z otrzewnej zajętej gruźliczo. Rozpoznanie kliniczne nie należy do łatwych, a czasem jest ono nawet niemożliwe, gdyż gruźlica nie daje często objawów wyraźnych, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych.

Czasami chore skarżą się na dreszcze, podwyższenie ciepłoty, poty, upławy, bolesne miesiączkowanie. Tak te objawy podmiotowe, jak również stwierdzone zmiany przedmiotowe, dotyczące położenia, kształtu, wielkości czy konsystencji trąbek zmienionych gruźliczo, nie są wcale charakterystyczne dla gruźliczego zapalenia trąbek. Podobny kliniczny stan spotykamy bowiem również przy zapalnych stanach jajowodów innego, niegruźliczego pochodzenia. Niektórzy podnoszą jako ważny objaw rozpoznawczy obecność guzków w cieśni trąbki. Wiemy jednak, że te występują również przy *salpingitis gonorrhoica.* Rozmaite próby serologiczne i biologiczne nie mają również pewnej wartości rozpoznawczej. Domyślać się można gruźliczego zajęcia trąbki u indywiduów bardzo młodych, a zwłaszcza u dzieci hipoplastycznych, o ile można wykluczyć zakażenie rzeżączkowe. Jedynym sprawdzianem jest laparotomja próbna, co do niebezpieczeństwa której panują zresztą rozbieżne poglądy. W opisanym przypadku prócz bolesnego miesiączkowania nie było żadnych danych do podejrzywania sprawy gruźliczej. Nie ulega wątpliwości, jak z protokołu sekcyjnego wynika, że sprawa gruźlicza pierwotnie ograniczona była tylko do trąbki prawej, dopiero przy końcu ciąży nastąpiło zaostrzenie sprawy chorobowej, poród zaś był tym urazem, który spowodował rozszerzenie sprawy gruźliczej na otrzewną i pozostałe narządy rodne. Stąd drogą naczyń krwionośnych prątki dostały się do wszystkich organów wywołując *t. b.c. miliaris universalis.*

Dowodzi zatem opisany przypadek, że poród, a tak samo naturalnie i wszelkie zabiegi na narzędzie rodnym, a zwłaszcza manipulacje wewnątrz macicy stanowią silny uraz, pod wpływem którego sprawa gruźlicza narządu rodnego ulega zaostrzeniu, a w następstwie nawet, jak w naszym przypadku, uogólnieniu.

Rozpoznanie sprawy uogólnionej w połogu często jest trudne, bo i objawy niezawsze są charakterystyczne. Bardzo często zaś nie myśli się o niej, lecz przyjmuje się zakażenie połogowe i dopiero sekcja ustali właściwe rozpoznanie.

T. b. c. miliaris może dawać objawy głównie płucne, imitować zapalenie płuc (z tą różnicą, że zamiast spodziewanego przesilenia przychodzi śmierć), objawy mózgowe, zależne od *meningitis t. b. c.*, objawy wreszcie ogólnego ciężkiego schorzenia, którą to postać nazywają tyfusową. (Strümpell). Pod tą postacią przebiegała gruźlica prosówkowa i w przypadku opisanym.

Charakterystyczne są tu objawy ogólne, podobne do objawów duru brzusznego. Odróżnić można *t. b. c. miliaris* od duru zapomocą następujących objawów: przy *t. b. c. miliaris* brak powiększenia śledziony, objawów ze strony jelit, charakter krzywej ciepłoty jest ciągły, lecz mniej regularny, brak leukopenji i reakcji Widala. Bardzo ważnym objawem rozpoznawczym jest stwierdzenie obecności gruzełków w naczyniówce dna oka. Wykazanie prątków we krwi nie zawsze jest możliwe.

Tak więc i w przebiegu i objawach gruźlicy prosówkowej jest tak wielka rożnorodność, zależnie od atakowania wszystkich narządów przez prątki, że rozpoznanie może być trudne nawet dla doświadczonego internisty. Jedno jest wspólne dla rozmaitych form gruźlicy prosówkowej, t. j. rokowanie.

Jest ono zupełnie złe. Choroba kończy się bowiem z reguły zejściem śmiertelnem, co do leczenia jesteśmy prawie bezsilni.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Salomon DAWIDSON. Puławy.

Zygmunt Freud.

(Z powodu 75-cio letniej rocznicy urodzin).

Dnia 6 maja b. r. upłynęło 75 lat od czasu urodzin prof. Zygmunta Freuda, jednego z filarów nowoczesnej kultury ducha. Teorja Freuda — zwana psychoanalizą — zrewolucjonizowała przyjęte do czasów Freuda pojęcie ludzkości o psychice człowieka; innemi zupełnie oczyma spojrzał na świat ten genjalny uczony i podobnie, jak ongiś Darwin przekształcił całą biologję, wprowadzając w naukę o życiu pojęcie ewolucji, tak i Freud — ten, powiedziałbym Darwin w psychice — przekształcił dotychczasową psychologję, odkrywszy ewolucję życia psychicznego. Do Freuda objaśniano wszystko w psychice człowieka niczem niemówiącym dźwiękiem, któremu nazwa „przypadek". Oto tym beztreściwym frazesem starano się wyjaśnić wszystkie nasze zaburzenia czynnościowe, jak omyłki w mowie i piśmie, zapomnienia, zagubienia, zarzucenia i t. p. błyskawiczne wytrącenia z równowagi psychicznej; również także marzenia senne objaśniano przypadkiem; wszystkie nerwice i psychozy, a nawet choroby umysłowe, w pojęciach ludzkich do czasów Freuda były wywołane przypadkowemi silnemi przeżyciami lub wstrząsami. Freud pierwszy dowiódł, że tak, jak w życiu biologicznem niema przypadku, lecz wszystko wynika z ewolucji, tak również w życiu psychicznem wszystko jest zdeterminowane, uwarunkowane; wprowadził on tak zwany determinizm psychiczny i raz na zawsze wymazał z życia psychicznego ten nic nieznaczący wyraz „przypadek". Wszystko ma swoją ewolucję, swoją genezę. Genetyczne ujęcie życia psychicznego jest wyłączną zasługą Freuda; zjawiska zaś psychiczne ujął Freud energetycznie, dowodząc, że wszelkie afekty zawierają pewną ilość energji, która, jak i wszelka energja fizyczna, jest niezniszczalna, szuka zawsze ujścia, które znaleźć musi. Jeżeli człowiek wpada w afekt i tego afektu nie wyładowuje, oddziaływuje, lecz tłumi go w sobie — jakto często w życiu bywa, — to ta energja psychiczna, która nie została wyładowana, zostaje w nim samym, wzmaga jego napięcie intra-psychiczne i za wszelką cenę szuka sobie ujścia w różnych przejawach życia — przejawach, których do Freuda nie rozumiano i przypisywano przypadkowi „wszechwładnie panującemu". By zrozumieć dokładnie genezę i sens tych przejawów, do których należą automatyzmy (czynności, wykonane bez udziału naszej woli i świadomości, jak zapomnienie, przemówienie, zagubienie, i t. p.), marzenia senne, i neuropsychozy — trzeba zapoznać się z poglądem Freuda na psychikę ludzką. Freud uważa, że działalność psychiczna człowieka jest w większej swej części nieświadoma, to znaczy, że może ona przejść przez różne najbardziej powikłane perypetje i doprowadzić do różnych możliwych czynności, aktów, bez udziału naszej świadomości, która absolutnie nie zdaje sobie sprawy z tego, co się z człowiekiem dzieje. Całą psychikę ludzką Freud dzieli na trzy instancje: 1) nieświadomość, 2) podświadomość i 3) świadomość. Nieświadomość stanowi dla Freuda tę ogromną dziedzinę ducha człowieka, gdzie tkwią wszystkie instynkty, które rządzą człowiekiem. Ta nieświadomość jest tą wewnętrzną rzeczywistością, która absolutnie nie jest zrozumiałą i nawet nie może być stwierdzoną przez świadomość. Człowiek absolutnie nie wie o istnieniu tej instancji duszy — nieświadomości. W psychice człowieka istnieją i stale działają pewne systemy wyobrażeń nieświadomych, związanych pewnem uczuciem; są to zespoły-kompleksy, według szkoły Zuryskiej (Bleuler, Jung). Kompleksy te mają ogromny wpływ na bieg naszych myśli, idei, na ukształtowanie się charakteru i na całe jestestwo osoby. Podświadomość jest o wiele mniejszą dziedziną psychiki, niż nieświadomość; jest ona podporządkowana ograniczeniom przez kulturę odziedziczoną i osobistą, zawiera elementy psychiczne, mogące stać się świadomemi przy pewnych warunkach odpowiednich. Ta podświado-

mość jest tem charakterystyczna, że podporządkowuje się ona działaniu specjalnego systemu sił psychicznych — cenzurze, mającej za zadanie spychać te elementy w nieświadomość, albo zniekształcać przed oczyma świadomości ich istotną treść. Droga od instynktów, tkwiących w naszej nieświadomości, do naszego „Ja“ świadomego prowadzi właśnie przez tę specjalną instancję psychiczną — tak zwaną cenzurę, która jest wynikiem naszego wychowania moralnego i etycznego. Cenzura ta potępia i stara się zniweczyć nasze dążności nieświadome, — jeśli jednak dokonać tego nie może, to nie przepuści tych dążności do naszej świadomości przedtem, zanim je nie przekształci na tyle, iż staną się one dla nas absolutnie niezrozumiałemi i niepoznanemi. Większa część naszych dążności nieświadomych jest dla Freuda dążnościami grubemi, chamskiemi, wstrętnemi, nawskroś egoistycznemi, tak, jak to było u pierwotnych ludzi. Stara maksyma rzymska „Homo homini lupus est“, jest i obecnie jeszcze najistotniejszą treścią duszy ludzkiej. Cywilizacja i kultura zmieniły człowieka tylko zewnętrznie, jego instynkty, jego dążności zostały te same, jak za czasów przedhistorycznych: nienawiść przeciwko wszystkim, kto przeszkadza jego intencjom, dzika chuć płciowa, pragnienie zemsty, brutalność — oto kompleksy, które psychoanaliza znajduje w nieświadomości człowieka cywilizowanego, „dobrze wychowanego“ i „dobrze ułożonego“. Cenzura nasza — ta wypadkowa naszej kultury moralnej i etycznej — również tyraniczna na swój sposób, stara się tylko, by te nasze dążności atawistyczne nie weszły w konflikt z istniejącem prawem socjalnem, ale poza tem pozwala przejawiać się tym oto dążnościom w sposób niepoznany dla otoczenia.

Każdy człowiek wie z własnego doświadczenia, że w umyśle jego tkwią różne myśli i dążności, których nie odważy się on nikomu wypowiedzieć, a to dlatego, że dążności te nie odpowiadają jego etyce i moralności; te oto myśli swe i dążności człowiek tłumi w sobie, nie chcąc stać się w oczach otoczenia „nieprzyzwoitym“. Ale, mimo to tłumienie, człowiek jednakże „wyrwie się niekiedy jakiemś słówkiem“, którego potem żałuje i tem oto słówkiem przejawia ukrytą wrogą dążność, jaką żywi dla danej osoby, którą właśnie tem oto słówkiem, czy nawet wykonanym czynem, niechcąco czy obrazi, czy wykpi, czy tak sobie dotknie. Podobne myśli i dążności, które się człowiekowi wyrywają nieświadomie są głęboko ukryte w podświadomości, skąd cenzura przy absolutnej równowadze ducha ich nie przepuszcza; gdy się człowiek „zdenerwuje“, to jest na chwilę traci swoją równowagę ducha, wtedy świadomość zostaje jakoby na chwilę uśpiona i dążności ukryte, tkwiące w podświadomości, przedostają się na zewnątrz, ale jednakże nie w ich nagiej postaci, lecz zniekształcone, dostosowane mniej więcej do możliwego ich przyjęcia. Otóż zadaniem metody psychoanalitycznej jest badanie tej podświadomości i poznanie wszystkich ukrytych dążności, bo wszak całe nasze postępowanie w życiu tkwi właśnie w podświadomości, która jest jakoby podglebiem owocodajnego ogrodu, z którego cała kwitnąca roślinność czerpie swe soki odżywcze. Wniknięcie w głąb tego życia podświadomego jest głównym celem psychoanalizy. Podświadomość przejawia się w życiu osobnika zapomocą pewnych rzutów jej na powierzchnię jaźni i te właśnie rzuty służą w metodzie psychoanalitycznej za punkty wyjściowe badań. Rzutami temi są już wyżej wspomniane automatyzmy, marzenia senne i nerwice. Automatyzmy są to czynności, wykonane bez udziału naszej świadomości i woli, a których przyczyny nie znamy, jak np. wszelkie pomyłki w mowie i piśmie, zapomnienia, różnego rodzaju, zarzucenia różnych przedmiotów, zagubienia, zniszczenia różnych przedmiotów, wszelkie napomknienia (aluzje) w postaci żartów, — słowem zjawiska nieznaczne, drobne, najpowszedniejsze, które jednakże są przejawami błyskawicznemi zaburzenia naszych czynności. Wszystkie wydarzenia tak zwane w życiu „przypadkowe“, mają, według Freuda, sens głębszy, niż przypuszczamy; mają one utajone pobudki, które niemi kierują. Już J. J. Rousseau w swojem dziele: *„Revieres d'un promeneur solitaire“* pisze: „nie wykonywamy ani jednego ruchu automatycznego, którego ukryta przyczyna nie znajdowałaby się w naszej duszy“. W tych automatyzmach, zwanych w codziennem życiu głupstwami, znajdujemy ukryte i gorące dążenia, zawierające afekt, którego energja, szukająca wiecznie ujścia w ten właśnie sposób wybucha. Są to zawsze afekty w stosunku do człowieka bliskiego, mającego coś wspólnego ze złamaną, czy zapomnianą rzeczą, czy wreszcie z zapomnianem słowem, czy liczbą. Wyjaśnienie automatyzmu jest o tyle ważne, że pokazuje nam, jak wyobrażenia i dążności, głęboko ukryte w naszej świadomości, wydostają się na powierzchnię jaźni same w niedostrzegalny i niezrozumiały dla nas sposób, zdradzając tajniki naszej duszy, które chcemy skrywać nieraz świadomie. Automatyzmy dowodzą nam, że świadomość nie musi być koniecznym przywilejem zjawisk psychicznych, że człowiek może zupełnie nie być świadom nawet czynów swoich, które sprawia jego nieświadomość; to też podstawową tezą psychoanalizy jest to, że nasza działalność psychiczna jest w większej swej części nieświadoma. Wszelkie afekty, na które nie możemy oddziaływać, których nie można wyładować, są zepchnięte w nieświadomość, w której znajdują się jako obce ciała, szukające ujścia. Siła tych afektów, ujęta przez Freuda w postaci energii, wzmaga ciśnienie intra-psychiczne. Ale człowiek jest zdolny znieść napięcie takie do pewnego tylko stopnia, to też przy częstem tłumieniu różnych życzeń, dążeń i przeżyć, przy których napięcie wciąż się wzmaga, zjawia się niepokonana potrzeba wyładowania tej nagromadzającej się wciąż energji. Człowiek normalny załatwia to zapomocą właśnie tych wyżej — wspomnianych automatyzmów, przy których wyładowuje się afekt w stosunku do osoby, mającej coś wspólnego z tem zjawiskiem: np. człowiek zniszczy bezwiednie lub zgubi rzecz, podarowaną mu przez osobę, która w międzyczasie wpadła w niełaskę, człowiek zapomni słowo lub cyfrę, gdy te ostatnie mają coś wspólnego z osobą, w stosunku do której jest się niedobrze usposobionym, człowiek wyrwie się słówkiem, które zdradzi jego wrogą tendencję w stosunku do jakiejś osoby lub zdradzi tendencję, którą stara się wciąż ukrywać z jakichkolwiek bądź powodów; służąca bije niemiłosiernie naczynia swej znienawidzonej przez nią pani, której otwarcie nie może wykazać swej wrogości. Jak widzimy automatyzmy są swego rodzaju wentylami naszego napięcia intrapsychicznego. Takiemi wentylami są również nasze marzenia senne, które, według Freuda, są niczem innem, jak spełnieniem naszych zniekształconych życzeń. Życzenia te nie muszą być z aktualnego życia wzięte; sięgają one nawet czasów dzieciństwa, podczas którego musieliśmy tłumić wiel bardzo wiele niespełnionych życzeń. Zdarzenie aktualnego życia może najwyżej być powodem marzenia sennego, lecz przyczyna tkwi zawsze w niespełnionem życzeniu z czasów dzieciństwa. Freud powiada, że aktualne zdarzenie jest tylko inicjatorem w marzeniu sennem, a kapitalistą tego przedsiębiorstwa jest niezaspokojone życzenie z lat dziecięcych, które w myśl niezniszczalności energii psychicznej, szuka wciąż ujścia. Że marzenie senne jest spełnieniem życzenia — o tem świadczą marzenia senne dzieci, ilustrujące zawsze niespełnione życzenie dnia poprzedniego, jak również i tak zwane „sny na jawie“ — fantazje, którym się człowiek niekiedy oddaje samowolnie — treść ich zawsze jest spełnieniem niezniszczalnych w życiu realnem dążeń. Nawet przysłowia ludowe, które są mądrością narodu i zawierają zawsze niezbitą prawdę życiową, też świadczą o tem życzeniowem charakterze marzeń sennych; „Kurze śni się proso“ — powiada przysłowie. Niemieckie przysłowie powiada: *„Was ich gerne hätte, träumt mich im Bette“*. Ciekawem jest nadmienić, że genjalny Mickiewicz swoją nadzwyczajną intuicją wyczuł istotę marzeń sennych w sensie właśnie Freudowskim, bo w prologu do 3-ciej części „Dziadów“ powiada on:

„Mędrcy mówią, że sen jest tylko przypomnieniem!
Mędrcy przeklęci! Czyż nie umiem odróżnić marzeń od pamięci?“.

Tu niejeden się zdziwi i powie, że twierdzenie takie, mianowicie, że marzenie senne jest spełnieniem życzenia jest nie do przyjęcia, wszak śnią się różne nonsensy i również sprawy treści nawet niemoralnej, których człowiek nigdyby sobie nie życzył. Na pierwszy rzut oka jest to dowód niezbity, ale jednakże tak nie jest w rzeczywistości, ponieważ w marzeniu sennem trzeba odróżnić treść ukrytą, rzeczywistą, od treści jawnej, tylko ta ostatnia wydaje się nam nonsensem, ale trzeba umieć ją odszyfrować. Śpiący, u którego świadomość jest uśpiona, myśli kategorjami prymitywnego człowieka i dlatego jawna treść jest dla człowieka, niewtajemniczonego w psychoanalityczną technikę marzeń sennych, zupełnie niezrozumiałą. Marzenie senne posługuje się symboliką myśli i prócz tego używa ono różnych dla nas niezrozumiałych sposobów przedstawienia myśli, jak zgęszczenie kilku myśli w jedną, kilku postaci czy zdarzeń w jedno, przesunięcie akcentu psychicznego i jeszcze inne. Nie możemy tu wdawać się w te szczegóły, bo to by nas za daleko zawiodło. Nad jedną kategorją snów musimy się zastanowić, — wszak te właśnie sny służą przeciwnikom psychoanalizy za „niezbity“ (sic) dowód nieprawdopodobieństwa Freudowskiego twierdzenia o snach, jako o życzeniach. Chodzi mianowicie o sny, których treścią jest śmierć blizkich i drogich nam osób. Okazuje się, że w świetle psychoanalizy i te niemoralne sny są życzeniami z lat naszych dziecięcych. Trzeba przedewszystkiem zwrócić uwagę na to, że mężczyźnie śni się przeważnie śmierć ojca, a kobiecie śmierć matki; ten szczegół ma wielkie znaczenie w wyjaśnieniu życzeniowego charakteru snów. Jeżeli przyjrzeć się stosunkom dzieci do rodzi-

ców, to można zauważyć, że chłopczyk zazwyczaj lgnie więcej do swojej mamusi, a dziewczynka do swego tatusia; przyciąganie się płci przeciwnych odgrywa tu wielką rolę: płcie przeciwne szukają się. Chłopczyk jest zakochany w swojej matce, którą nawet, według słów jego, chce poślubić, uważa swego ojca za rywala, którego chciałby nieświadomie usunąć; zazdrosny jest nawet, gdy widzi, że ojciec całuje matkę. Ten sam stosunek lecz w stosunku do matki żywi mała dziewczynka, która zakochana jest w ojcu. Mała dziewczynka chciałaby nieświadomie usunąć matkę od ojca, by tego ostatniego mieć wyłącznie dla siebie. Jeżeli się zapytać małą dziewczynkę (do 5-ciu, 6-ciu lat, wszak później nastawienie miłosne się zmienia), za kogo ona wyjdzie zamąż to zaraz z miejsca odpowie, że za swego tatusia; chłopczyk zaś powie, że się ożeni ze swoją mamusią. Przypomina to żywo tragedię Sofoklesa „Król - Edyp", której bohater zabija własnego ojca i żeni się z matką swoją. Treść dla swej tragedji czerpał Sofokles z mitologji greckiej, a mit, jak wiadomo, wyraża głęboko ukryte dążności ludzkości. Mit taki dlatego jedynie mógł powstać, bo ta tendencja kazirodcza właśnie tkwi głęboko w człowieku, który dzięki wychowaniu i kulturze, tłumi to w sobie, jako niezgodne z kodeksem moralnym. Ta miłość dziecka do jednego z rodziców i nienawiść do drugiego z rodziców nazywa się właśnie kompleksem Edypa; przeżywa to każdy dzieciak. Ponieważ ta nieświadoma chęć usunięcia jednego z rodziców nigdy się nie ziszcza w rzeczywistem życiu realnem, a napięcie intrapsychiczne, które to życzenie wywołuje, nie znajduje ujścia, więc w marzeniu sennem wyładowuje się ono w późniejszem życiu — w tem tkwi sens tej kategorji marzeń sennych o śmierci blizkich nam osób. We śnie cenzura nasza również jest uśpiona — coprawda nie całkowicie, — więc pozwala sobie człowiek na ziszczenie wszelkich życzeń i tendencyj, niezgodnych z sumieniem. Dla człowieka normalnego, u którego napięcie intrapsychiczne nie przekracza pewnego maksimum, automatyzmy i marzenia senne są dostatecznemi wentylami dla nagromadzonej energji psychicznej. Szczególnie marzenia senne wypełniają dobrze tę rolę, wszak uśpiona świadomość nie przeszkadza wtedy ziszczeniu się najintymniejszych życzeń, sprzecznych z etyką i moralnością człowieka. To też dlatego Freud nazywa marzenia senne „królewską drogą" do poznania nieświadomości. Jeżeli napięcie intrapsychiczne, w którem człowiek zawsze się znajduje, przekracza maksimum tego, co człowiek może znieść, to te zwykłe wentyle, jak automatyzmy i marzenia senne, już nie wystarczają — wtedy człowiek ucieka do nerwicy, która według Freuda jest pochodzenia psychicznego. Energja psychiczna, która dławi takiego człowieka z wzmożonem napięciem intrapsychicznem, uwidacznia się na zewnątrz w postaci objawów cielesnych, jakie u takich właśnie chorych-histeryków, neuropatyków i t. p. widzimy. Przeistoczenie się energji psychicznej w energię fizykalną — objawy cielesne — nazywamy konwersją; dopomaga w tem ta sama symbolika, która działa w nas we śnie. Zjawisko konwersji spotykamy w życiu codziennem bardzo często. Dość wspomnieć, jak niekiedy człowiek, gdy się silnie zdenerwuje, zaczyna głośno krzyczeć, wymachiwać rękami i zdradzać niepokój fizyczny, ciągle chodząc po pokoju i nawet niszcząc niekiedy to co jest pod ręką. Dość przyjrzeć się człowiekowi, który przeżył jakieś nieszczęście duchowe, które jest wszak przejawem psychicznem, by stwierdzić jak ono odbija się na „fizyce" jego ustroju; taki człowiek chodzi powoli z opuszczoną głową, prawie zgarbiony, mało mówi, jego ruchy są flegmatyczne. Mówimy o takim człowieku, używając nieświadomie symboliki, że jest on rozbity — pojęcie czysto fizykalne. Wszyscy znamy i rozumiemy wyraz taki, jak „zostałem jakby spoliczkowany"; gdy to słyszymy, to wiemy, że człowiek nie został *„sensu stricto"* spoliczkowany, lecz dotknięty moralnie. Te dwa przykłady dają nam pojęcie o konwersji i symbolice — które tak wielką odgrywają rolę w nerwicach i marzeniach sennych. Na początku badań swoich Freud przypuszczał, że to konflikt aktualny wywołuje nerwicę, ale wkrótce się przekonał, że przyczyna tkwi głębiej, że przeżycie ostatnie, które do nerwicy prowadziło, jest tylko ostatnim ogniwem w wielkim łańcuchu przeżyć, którego pierwsze ogniwo sięga lat dziecięcych. Wszystkie te przeżycia zostawiły osad w postaci energji psychicznej, która wciąż nieświadomie działa i promieniuje nazewnątrz w postaci objawów niezrozumiałych dla chorego i jego otoczenia. Zadaniem leczenia psychoanalitycznego jest uświadomić te wszystkie zapomniane przeżycia i sztucznie stworzyć ujście tej niewyładowanej energji: staje się to w ten sposób, że choremu stwarza się możność przeżycia jeszcze raz tego samego urazu psychicznego, jaki ongiś przeżył z tą tylko różnicą, że chory wyładowuje stłumioną wtedy energię psychiczną; chory odreagiuje i zwolniony zostaje z jarzma tego obcego ciała — energji psychicznej, która go jakby rozsadza. Jak się to odbywa — to już należy ściśle do techniki psychoanalitycznej, której rozpatrywać tu nie możemy. Natomiast zajmijmy się treścią nerwic. Otóż, prowadząc wciąż swe badania psychoanalityczne, Freud doszedł do wniosku, że pierwszem ogniwem w tym wielkim łańcuchu przeżyć neurotyka, jest zawsze przeżycie seksualne z lat dziecięcych, objawy zaś przy nerwicy są zamaskowanemi przeżyciami seksualnemi. Freud stworzył teorję seksualną, wyjaśniającą nam mechanizm powstawania nerwic. Okazuje się, że dziecko przynosi ze sobą na świat swój popęd seksualny nieświadomy, różniący się tem od popędu tegoż u starszych, że nie jest skoncentrowany w narządzie płciowem, lecz rozlany po całym ciele w różnych obrębach, jakto w ustach, odbytnicy, skórze i t. d. Normalny rozwój popędu seksualnego polega na podporządkowaniu się i skoncentrowaniu się wszystkich obrębów czyli t. zw. stref erogennych w narządzie płciowem. U kogo rozwój ten nie odbywa się normalnie, ten ma szanse na przyszłego neurotyka lub introwertyka, t. j. człowieka perwersyjnego na tle płciowem. Nerwica i perwersja są, według Freuda negatywem i pozytywem jednej i tej samej kliszy, to znaczy neurotyk mógł by się stać perwertykiem, gdyby nie przeszkadzała mu moralna strona jego „ja", która u neurotyków jest dość wysoko rozwinięta. Nie mogę się tu wdawać w szczegóły stosunków nerwic do perwersyj. Jedno muszę tylko zaznaczyć, że między nerwicą i perwersją jest jeszcze jedna możliwość, najlepsza właściwie, jest to tak zwana sublimacja — polegająca na tem, że niewyładowaną energję psychiczną można wykorzystać na cele wyższe, kulturalne, społeczne, intelektualne lub artystyczne. Dam kilka przykładów tej sublimacji. Ciekawość seksualna dziecka, która nie zostaje prawie nigdy zaspokojoną, może stać się przyczyną badawczości umysłu człowieka, chęci poznania różnych zjawisk; popęd do przyglądania się płci przeciwnej może przejść w zainteresowanie estetyczne, zamiłowanie do plastyki; popęd do pokazywania siebie czyli tak zwany exhibicionizm może przejść w pragnienie występowania jako artysty na scenach, na które skierowane są oczy publiczności. Zadaniem właśnie psycho-analizy jest znaleźć w nieświadomości człowieka niewyładowaną energję psychiczną i uwznioślić ją, t. j. skierować na wyższe cele; tym zabiegiem nietylko się uwalnia chorego od ciężkiego jarzma, jakiem jest nerwica ,ale daje mu się możność wykorzystania tej niewyładowanej energji w sposób dla niego przyjemny i pożyteczny dla społeczeństwa. Mylą się ci, co zarzucają teorji psychoanalitycznej panseksualizm; cała jej treść polega właśnie na walce świadomego „ja" z popędami seksualnemi, ale z tej walki różnie ludzie wychodzą; psychoanaliza pomaga zwycięstwu świadomego „ja".

Jeżeli zastanowić się nad tem wszystkiem, co tu — w krótkim artykule — powiedziano, to czy nie muszą nas dziwić te śmiałe i zupełnie nowe koncepcje ujęcia życia psychicznego? Toteż musi nas wprowadzić wprost w zdumienie ten fakt, że wszystkiego tego dokonał jeden genjalny człowiek.

Dr. Stanisław HORNUNG, Lwów.
st. asyst. II. Klin. chor. wew. U. J. K.

Sprawozdanie z niemieckiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Kissingen w dniach od 27 do 29 maja 1931 r.

Doroczny niemiecki Zjazd Przeciwgruźliczy odbył się w bieżącym roku w Kissingen przy współudziale około 500 uczestników[1]) Hamel otwierając obrady Centralnego Komitetu dla zwalczania gruźlicy stwierdził, że Niemcy znajdując się w ciężkich warunkach ekonomicznych, posiadając 5 miljonów bezrobotnych, zmuszone są oszczędzać na każdym polu; uszczuplenie dotacyj publicznych na walkę z gruźlicą przedstawia w obecnej chwili wielkie niebezpieczeństwo, ponieważ złe położenie ekonomiczne szerokich warstw społeczeństwa usposabia do szerzenia się gruźlicy.

W I. dniu obrad Siegfried (Poczdam) i Wohlfarth (Trauenbrietzen) przedstawił podstawy teoretyczne i własne doświadczenia z *ćwiczeniami oddechowemi w gruźlicy płuc według Armina*. Zasadą tych ćwiczeń jest jaknajwiększe przedłużenie wydechu, by w ten sposób spowodować w chorem płucu zastój, zwolnienie krążenia krwi i limfy. Chorzy odpowiednio wybrani ćwiczą pod kierunkiem nauczyciela śpiewu przez 30 minut 1 do 2 razy w tygodniu, wydając przy możliwie najdłuższym wydechu pewne tony. Do powyższego leczenia nadają się przedewszystkiem niegorączkujący, z niezbyt posuniętemi zmianami w płucach. Przy

---

[1]) W bieżącym roku zaniechano ściągania od uczestników Zjazdu jakichkolwiek opłat wpisowych, nie urządzono żadnych przyjęć, ani bankietów.

dłuższem stosowaniu tych ćwiczeń występuje rozedma płuc, którą referenci nie uważają za zbyt szkodliwą dla chorego. W szeregu przypadków, nawet rozpadowych, uzyskali znaczną poprawę. Ćwiczenia muszą się jednak odbywać pod ścisłą kontrolą lekarską by w ten sposób nienadających się chorych w czas usunąć.

W dyskusji przemawiało kilku mowców (Ritter, Schröder i inni) podkreślając trudności w wyborze odpowiednich przypadków.

Prof. Lange (Berlin) w referacie p. t.: *Oddzielenie praktykujących od niepraktykujących w zakładach dla gruźliczych* stwierdza, że nawet w najlepiej urządzonych i prowadzonych sanatorjach istnieje sposobność przeniesienia materjału zakaźnego z jednej osoby na drugą, bezpośrednio czy też pośrednio i możliwość zakażenia osób nieodpornych. Za mogących ulec zakażeniu uważać należy wszystkich, którzy jeszcze nie zostali zakażeni, następnie dorosłych, którzy przebyli zakażenie pierwotne przed wielu laty i u których proces gruźliczy jest już oddawna wygojony, a w końcu i u tych, u których pierwotne zakażenie pozostaje od wielu lat utajone *(latent)*. W tej grupie może doprowadzić do schorzenia zakażenie pierwotne lub superinfekcja, a zależy to od każdoczasowej odporności organizmu osobnika wystawionego na zakażenie. Także ludzie, u których zakażenie nie doprowadza natychmiast do wystąpienia objawów chorobowych, względnie u których objawy są minimalne, są narażeni na wystąpienie z biegiem czasu gwałtowniejszych objawów, ponieważ należy liczyć się w ciągu życia z wahaniami nieswoistej odporności, której stan decyduje czy dana osoba po zakażeniu prątkiem zachoruje, czy też nie. Masowe zakażenie ma w takim wypadku tylko podrzędne znaczenie, gdyż odbywa się ono tylko przez usadowienie się pojedyńczych prątków Kocha *(infectio minima)*. Tę kategorję ludzi należy więc strzec w sanatorjach przed zakażeniem wszelkiemi możliwemi sposobami.

Chorzy z czynną gruźlicą płuc są odporni na zakażenie dodatkowe z zewnątrz, jak to wynika z wielu doświadczeń eksperymentalnych i niektórych faktów z kliniki suchot płucnych. Superinfekcje u chorych gruźliczych nie prowadzą nigdy do powstania nowych ognisk chorobowych i niema dotychczas doświadczeń któreby stwierdzały ujemny wpływ tychże na istniejący już proces chorobowy.

Osłabienie naturalnej odporności chorych gruźliczych w dalszym przebiegu ich choroby prowadzi do postępu sprawy, a równocześnie wzmaga swoistą odporność na zakażenia dodatkowe tak endo- jak i egzogenne. Opierając się na tych przesłankach odrzuca referent postulat ścisłego oddzielenia chorych prątkujących i nieprątkujących w zakładach leczniczych.

Deist (Ueberruh) ujął w swoim referacie to samo zagadnienie ze stanowiska praktycznego. Ponieważ przejście gruźlicy zamkniętej w otwartą jest płynne i jak uczy doświadczenie referenta, przy gruźlicy wymagającej leczenia nie należy liczyć się z pogorszeniem na skutek wzajemnej reinfekcji — nie jest rzeczą wskazaną i konieczną, żądać ścisłego oddzielenia chorych prątkujących od niewydzielających prątki. Chronić należy przed możliwością zakażenia przypadki znajdujące się w obserwacji, u których gruźlicy nie stwierdzono, a które nie powinny przebywać w zakładach leczniczych dla gruźlicy.

W dyskusji Braeuning (Szczecin) zajął wręcz przeciwne stanowisko, przytaczając szereg faktów i zestawień statystycznych z przychodni, które świadczą o znaczeniu reinfekcji egzogennej dla rokowania w gruźlicy płuc. W ożywionej dyskusji wzięło udział kilkunastu mowców.

O ważności wykonywania odczynów na kiłę u chorych z gruźlicą płuc mówił Meinicke (Ambrock), zalecając u wszystkich chorych w zakładach dla gruźliczych wykonywanie odczynów serologicznych na kiłę, w szczególności odczynu Kahna i Müllera oraz M. K. R., jako prostych w wykonaniu.

Lochtkemper w referacie p. t. *Pylica i pylicowa gruźlica płuc w ustawodawstwie niemieckiem*, przedstawił klinikę tych schorzeń i omówił je w związku z istniejącemi ustawami o ubezpieczeniach społecznych, poczem wywiązała się dyskusja.

Zadek (Berlin) przedstawił referat pod tytułem: *Stosunki ekonomiczne a leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc*. Opierając się na własnem materjale 1996 prątkujących, stwierdza, że przebieg gruźlicy płuc zależy w znacznym stopniu od położenia materjalnego chorych, którzy nie będąc przez dłuższy czas zdolnymi do pracy, popadają w nędzę. Leczenie odmą piersiową może w krótkim stosunkowo czasie przywrócić zdolność do pracy i dlatego też należy podkreślić społeczne wskazania do leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc.

W II. dniu Zjazdu, 28 maja, Prof. Zinn (Berlin) wygłosił wykład p. t.: *Odma piersiowa, jej przeprowadzenie i znaczenie społeczne*. Leczenie wspomnianą metodą gruźlicy płuc znajduje w ostatnich czasach coraz szersze zastosowanie przedewszystkiem w procesach jednostronnych, a jej znaczenie społeczne staje się coraz większe. Przeciwskazaniem jest serowate zapalenie płuc, poza tem jednak wszystkie postacie gruźlicy nadają się do leczenia odmą. Mniej więcej w 1/3 przypadków zrosty opłucnowe przeszkadzają w jej założeniu. Odmę powinno się zakładać jedynie w szpitalach i sanatorjach. Celowem okazało się jedynie ambulatoryjne dopełnianie odmy. Leczenie odmą daje 3 do 4 razy lepsze wyniki, aniżeli inne metody postępowania w gruźlicy płuc. Znaczenie społeczne odmy występuje najwybitniej w tem, że około 70% chorych, wydzielających prątki, traci je i to w stosunkowo krótkim czasie. Leczenie powinno trwać przeciętnie $1^1/_2$ do 2 lat, w niektórych przypadkach i dłużej. Chorzy w ten sposób leczeni powinni przerwać swe zajęcia zawodowe na przeciąg 1 do półtora roku. Dalsze polepszenie wyników jest możliwe przez 1) uchwycenie wczesnych postaci gruźlicy 2) jaknajszybsze umieszczenie w odpowiednim zakładzie, celem założenia odmy. Ad 1) konieczną jest intenzywna praca lekarzy praktykujących i urzędowych, a przedewszystkiem przychodni przeciwgruźliczych, gdyż obecnie 75% chorych zgłasza się do lekarza zapóźno. Ad 2) założenie odmy powinno nastąpić w zakładach zamkniętych po postawieniu ścisłych wskazań, powinno się też takim chorym umożliwić pobyt w tych zakładach przez 8 do 10 miesięcy. Postulaty powyższe powinny uwględnić przedewszystkiem instytucje ubezpieczeniowe (Kasy Chorych).

Schröder (Oberhausen) jako koreferent, przyjmując dla Niemiec 175.000 prątkujących, t. j. 28 na 10.000 ludności, oblicza liczbę nadających się do leczenia odmą na 43.000, z czego leczy się obecnie tą metodą 17.000. Zakładać, jak i dopełniać odmę powinni jedynie dobrze wyszkoleni lekarze. Niepożądaną jest również zmiana osoby lekarza dopełniającego odmę. Niemieckie zakłady ubezpieczeniowe płacą za założenie odmy 30 Rm, za dopełnienie 10 Rm, za bezwzględnie konieczne przed każdem dopełnieniem prześwietlenie rentgenowskie 7 wzgl. 5 Rm. Roczny wydatek na ten cel wynosi 7 do 10 miljonów Rm.

W dyskusji przemawiało wielu wybitnych lekarzy (prof. Brauer i i.) podnosząc zgodnie wielkie walory tego sposobu leczenia, które nie ma sobie równych. Wyrażono życzenie, by szerokie koła lekarzy praktykujących zaznajomiły się dokładniej z możliwościami leczniczemi gruźlicy płuc, a wtedy będzie z pewnością znacznie więcej wskazań i wiele przyjemnych niespodzianek dla tych lekarzy, którzy tej metody należycie nie znali. Obowiązkiem zakładów ubezpieczeń jest umożliwienie swym członkom leczenia odmą piersiową.

Wiese (Landeshut) omówił sprawę *gimnastyki leczniczej*, podkreślając, jak ostrożnie należy postępować przy zalecaniu chorym na gruźlicę płuc ćwiczeń cielesnych. Ćwiczenia powinny być wykonywane pod stałą kontrolą lekarską, połączone z kąpielą powietrzną, a nigdy słoneczną.

W III. dniu obrad t. j. 29 maja przyjął Zjazd rezolucję protestującą przeciw mającej wnet wejść w życie taryfie rentgenowkiej, przewidującej opłaty jedynie za prześwietlenia i zdjęcia wykonane wielkiemi aparatami.

Peretti (Grevenbroich) przedstawił *dotychczasowe wyniki masowych badań otoczenia prątkujących i całych grup ludności*. Ponieważ stwierdzono, że chorzy zgłaszają się do lekarza w znacznym odsetku zbyt późno, muszą przechodnie przeciwgruźlicze szukać nowych dróg, by zło usunąć. Nie jest rzeczą wystarczającą mieć w obserwacji jedynie bliskie otoczenie prątkującego; przychodnie winny przeprowadzić badania najszerszego otoczenia wydzielającego prątki oraz pewnych całych grup ludności. W ostatnich czasach wykonano szereg badań masowych: stosowano próby tuberkulinowe, by przekonać się o częstości zakażenia gruźliczego, szczególnie w wieku dziecięcym. Sposób ten pozwala w wielu przypadkach poznać źródło zakażenia i na odwrót — wychodząc od źródła zakażenia, pozwala ująć niedawno zakażonych. Niektórzy zalecają również masowe badanie plwociny na obecność prątków Kocha *(Sputumkataster)*. Nadzwyczaj ważne wyniki uzyskano przy masowem badaniu rentgenowskiem całych grup ludności. Okazało się mianowicie, że 3 do 5% ludzi niezarażonych, nie wykazujących żadnych objawów, któreby kazały przypuszczać proces chorobowy, wykazuje zmiany gruźlicze, wymagające obserwacji. Obowiązkiem więc nowocześnie pracującej przychodni jest organizowanie takich badań w jaknajszerszym zakresie.

Koester (Brilon) omówił sprawę szczególnie wyczerpującej *opieki społecznej, jaką powinny roztoczyć przychodnie przeciwgruźlicze nad młodzieżą po ukończeniu szkół*. Ponieważ śmiertelność z powodu gruźlicy jest największą w trzecim dziesięcioleciu życia człowieka, należy przyjąć największą zachorowalność w wieku od 15 do 20 lat. Następnie najczęściej warunki bytu po ukończeniu szkół ulegają zmianie na gorsze z chwilą rozpoczęcia pracy zawodowej i opuszczenia domu rodzicielskiego.

Wkońcu należy przyjąć, że obecnie młodociani przedstawiają typ konstytucjonalnie mniej wartościowy, ponieważ wczesne ich dzieciństwo przypadło na czas wojny. Z tych też względów należy zwrócić baczniejszą uwagę na młodocianych, rozpoczynających pracę zawodową.

W dyskusji przedstawili Kattendidt i Kayser-Petersen wyniki masowych badań rentgenowskich wpisujących się na uniwersytet w Monachjum i Jenie. Na 6399 badanych w Monachjum stwierdzono gruźlicę płuc w 1.7% w tem otwartą w 0.4%; w Jenie na 3867 badanych gruźlicę płuc w 0.8%, w tem otwartą w 0.44%. Przemawiali następnie Schröder, Landau, Grass i inni podnosząc niemal wszyscy konieczność bardziej czynnej pracy przychodni przeciwgruźliczych w kierunku wykrycia nieznanych dotychczas przypadków gruźlicy — według zasad i metod omawianych na zjeździe.

LIST DO REDAKCJI.

I. GRUENSEIT. Wielkie Oczy.

W sprawie metody szerzenia higjeny i zwalczania chorób zakaźnych wśród ludności.

Praktyczny lekarz prowicjonalny jest codziennym świadkiem tych wielkich szkód, jakie niehigjeniczny sposób życia i nieuświadomienie w dziedzinie zdrowotności wyrządzają wśród ludności. Do zwalczania ich używa on całej swej wiedzy i autorytetu, poucza pojedyńcze jednostki oraz członków rodziny chorego.

Lekarz prowincjonalny traci wiele swego kosztownego czasu na pouczanie ludności i upominanie chorych, by się stosowali do zasad higjeny. Jednakowoż sukces jest bardzo nikły. Niezrozumienie ludności dla tych spraw, ba niechętne odnoszenie się, połączone z niedowierzaniem do zarządzeń lekarskich, jest aż nadto znane lekarzom. Ostateczny wynik tego stosunku jest ten, że lekarz znużony ciągłem nauczaniem bez skutku i zrozpaczony niemożliwością walki z absurdalnemi poglądami wiejskiej ludności rezygnuje ze swej pracy i porzuca wreszcie tę akcję równoznaczną z bezskuteczną stratą czasu i energji.

Jak często słyszy lekarz od otoczenia, pełne niewiary zdania: „jeżeli ktoś ma zachorować, to nie pomoże ochrona i wystrzeganie się choroby" lub „a w jaki sposób zachorował ten lub ów" i t. d.

Ludność wiejska i małomiasteczkowa nie wierzy jeszcze do dziś dnia w niebezpieczeństwo zakażenia podczas epidemicznie szerzących się chorób. Poziom kulturalny tej ludności jest zbyt niski, a jeśli nawet w niektórych okolicach jest coraz mniej analfabetów, to ludzi wiejskich i małomiasteczkowych, czytających książki lub broszury traktujące tematy higjeny i profilaktyki prawie że niema. Odczyty i artykuły prasy codziennej mało mogą zdziałać na prowincji.

Lecz i w większych miastach, których ludność więcej czyta i więcej jest pouczana (referaty, pokazy kinowe, artykuły w prasie codziennej), zwłaszcza wśród niższych warstw ludności, stosunki nie są o wiele lepsze.

Pouczanie ludności zapomocą odczytów jest organizacyjnie bardzo uciążliwe i nużące, a wiadomości tak głoszone, bywają wnet zapomniane, wskutek czego praca ta mija się ze swym celem. Gdyby nawet ludność miejska pod tym względem znajdowała się w lepszem położeniu i korzystała ze zasad naukowej higjeny w najwyższym stopniu, to przecie każda epidemja szerząca się na wsi, musi zawitać i do wielkiego miasta, jeśli weźmiemy pod uwagę kontakt prowincji z wielkiem miastem oraz okoliczność, że człowiek prowincji nie zdołał przyswoić sobie pojęć profilaktyki.

Również poradnie dla gruźlików i rakowo chorych są zbyt ograniczone w zakresie działania, zwracając się tylko do chorej jednostki ewentualnie do jej najbliższego otoczenia. Możemy zatem stwierdzić, że wszystkie dotychczasowe metody: odczyty, prasa, poradnie oraz działalność pojedyńczych lekarzy wprawdzie przyczyniają się do szerzenia higjeny wśród ludności, jednakowoż rezultat tych wszystkich usiłowań w stosunku do wkładanej energji i zużytego czasu jest bardzo znikomy. Ogólnego środka zaradczego na poprawę tych stosunków niema, można jednak i należy szukać za dalszemi nowemi środkami zasadniczemi na tem polu. Na przyczyny ekonomiczne niższego poziomu życia kulturalnego i higjenicznego lekarze nie mają żadnego wpływu. Musimy zatem na razie postępować w dotychczasowym kierunku, t. j. pouczać i upominać ludność. Zwracam przeto uwagę na jeden sposób nauczania, który praktycznie już wiele zdziałał, a mianowicie na krótkie napisy. Na dworcach kolejowych, w restauracjach i lokalach publicznych widnieją takie napisy: „Płuć do spluwaczki", „Nie palić tytoniu". Te skromne napisy, mojem zdaniem, wywierają lepszy skutek w wychowaniu ludności do czystości i higjenicznego życia, niż całe stosy odpowiedniej literatury.

W zakresie zwalczania chorób epidemicznych należałoby również stworzyć tego rodzaju krótkie napisy dla użytku całej ludności, a przedewszystkiem prowincjonalnej. Główną plagą naszych miasteczek i wsi są przecie choroby zakaźne, które nawiedzają naszych mieszkańców kilka razy do roku. — I tu dałoby się wiele zdziałać zapomocą t. zw. „kart pamięciowych". W ostatnim czasie pojawiły się wprawdzie rozmaite ulotki o chorobach wenerycznych i innych, wydawane przez Kasy Chorych, Tow. Walki z gruźlicą i przez niektórych lekarzy, działających na własną rękę, a rozumiejących ważność i konieczność tego środka wychowawczego w walce z chorobami. Jednakowoż wada tych dobrych zamierzeń leży w ich przeprowadzeniu sporadycznem i dorywczem, w ich często nieplastycznej formie wewnętrznej a nieodpowiedniej zewnętrznej pod względem używania *ad hoc* świstkowego papieru. Poza tem brak im silnego autorytetu, na którymby się oparły — a wymaga tego każda sugestja masy.

Należałoby więc już istniejącą w tym kierunku akcję zreorganizować,ześrodkować i poprzeć silnym autorytetem, a t. zw. ulotki przekształcić w „karty pamięciowe".

Proponuję przeto:

1) Kolegjum lekarskie, zebrane z inicjatywy izby lekarskiej, sporządzi tego rodzaju dziesięcioro przykazań dla poszczególnych chorób zakaźnych ew. także innych z zakresu chorób dziecięcych i połogowych. Ujęcie tych przykazań powinno być jasne i lakoniczne.

2) Każda apteka powinna je rozpowszechniać po tanich cenach (5—10 groszy); w miejscowości bez apteki należy je sprzedawać po trafikach.

3) Każdy lekarz ordynujący powinien w recepcie choremu zapisać też odpowiednią kartę pamięciową celem zawieszenia jej w domu dla pouczenia reszty rodziny. W tej też myśli mają karty te być z trwałego papieru i o estetycznym wyglądzie. Można też wydawać albumy takich kart.

4) W miejscach publicznych w czasie panowania jakiejś epidemji należy w widocznych i każdemu w oczy padających miejscach umieszczać odpowiednie napisy, tak samo w lokalach publicznych, restauracjach, kawiarniach, po kolejach i t. d.

5) Każda „karta pamięciowa" ma uwzględnić trzy dane:
a) zapobieganie chorobie,
b) zachowanie się chorego,
c) zachowanie się jego otoczenia.

Korzyści z tego rodzaju kart pamięciowych są same przez się zrozumiałe. Osiąga się przez nie szybkie i stosowne pouczenie oraz popularne wnikanie zasad higjeny do wszystkich warstw ludności. Lekarze zaś nie będą tracić czasu drogiego dla ciągłego powtarzania, które w końcu jest bezskuteczne. Co się tyczy kosztów związanych z nakładem tego rodzaju kart pamięciowych, byłoby najodpowiedniejszem, aby Towarzystwo Walki z Gruźlicą objęło administrację tego przedsiębiorstwa, które zresztą może nawet temu Towarzystwu przynieść korzyści materjalne. Szczegóły tego przedsięwzięcia będą należeć do kolegjum lekarzy (specjalistów higjenistów, epidemjologów i lekarzy praktyków).

Na razie przedstawiam do dyskusji niniejszą propozycję w przekonaniu, że potrafi ona ze strony praktycznej dopomóc w zwalczaniu chorób zakaźnych i wychowaniu higjenicznem ludności przez uświadomienie mas i rozpraszanie ciążącej nad nią ciemnoty.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Protokół posiedzenia Sekcji do spraw zwalczania chorób zakaźnych Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 12 czerwca 1931 r.

Obecni: Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; Dr .Gustaw Szulc, Naczelny Dyrektor Państwowego Zakładu Higjeny, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; Prof. Dr. Ludwik Hirszfeld, Dyrektor Działu Państwowego Zakładu Higjeny, zastępca członka Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; Płk. lek. Dr. Owczarewicz, przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych; Dr. Józef Zawadzki, członek Państwowej

Naczelnej Rady Zdrowia; Dr. Henryk Palester, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewn.; Dr. Franciszek Jarniński, Naczelnik Wydziału w Min. Spraw Wewn.; Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału w Min. Spraw Wewn.; P. Wojnarski, referendarz w Min. Spraw Wewnętrznych.

Rzeczoznawcy: Prof. Dr. Aleksander Bylina; Prof. Dr. Witold Orłowski; Prof. Dr. Zygmunt Radliński; Doc. Dr. Jerzy Rutkowski; Dr. Zaleski; Doc. Dr. Grzybowski; Dr. Szczodrowski.

Na porządku dziennym: Sposoby kontroli w przypadkach transfuzji krwi i uregulowanie prawne tej sprawy.

Przewodniczy Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Referuje Prof. Dr. Ludwik Hirszfeld .

Mówca przedstawia stan obecny sprawy transfuzji krwi. Sprawa sądowa, jaka niedawno miała miejsce, wykazała, iż należałoby wydać przepisy dla orjentacji sądów w tej sprawie. Mówca podaje, że sprawa ta jest unormowana szczegółowo jedynie w stanie N. York Ameryki Północnej. Przepisy tam obowiązujące są dość ścisłe; z ważniejszych postanowień należy wymienić, iż dawcy krwi winni mieć zezwolenie z Departamentu Służby Zdrowia.

W Holandji sprawa transfuzji krwi znajduje się w ręku Czerwonego Krzyża.

W Rosji sprawą transfuzji krwi zajmuje się Instytut Bohdanowa.

Mówca jest zdania, że obciążenie Departamentu Służby Zdrowia wydawaniem pozwoleń dla dawców krwi byłoby zbyt uciążliwe. Mówca znajduje, iż jako pośrednie rozwiązanie należałoby udzielić koncesje instytucjom, które będą zajmować się sprawą transfuzji krwi i działać pod kontrolą odpowiednich komisyj rządowych.

Jako pewne rozwiązanie sprawy mówca podaje pod dyskusję projekt regulaminu, normującego sprawę transfuzji, nie przesądzając formy prawnej, jaka temu regulaminowi zostanie nadana.

Przewodniczący otwiera dyskusję nad projektowanym regulaminem, poczem zabiera głos p. Wojnarski, który nie widzi obecnie podstawy prawnej do wydania takiego regulaminu; celem ewentualnego rozwiązania prawnego tej sprawy należałoby wydać ustawę ramową, na mocy której w następstwie możnaby oprzeć rozporządzenie, regulamin ten możnaby ewentualnie wydać na podstawie zmienionej ustawy o praktyce lekarskiej.

Dr. Adamski wskazuje, iż ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych może służyć za podstawę prawną ewentualnie wydanego rozporządzenia w tej sprawie.

Płk. Dr. Owczarewicz wypowiada się za projektem Prof. Dr. Hirszfelda; projekt ten winien posiadać moc obowiązującą; co się tyczy szczegółowych uwag, to mówca zaznacza, iż lekarz winien każdorazowo mierzyć ciepłotę ciała krwiodawcy, a to ze względu na stadjum wylęgania chorób zakaźnych. Poza tem, o ile mówimy o alkoholikach, należy również wspomnieć o narkomanach.

Doc. Dr. Grzybowski zwraca uwagę, iż przedewszystkiem należy uświadomić chorego, że przy transfuzji krwi również ponosi on pewne ryzyko, jak przy chirurgicznych operacjach. W związku z tem wydanie jakichkolwiekbądź przepisów, jako uspokajających niesłusznie chorego, nie jest wskazane.

Dr. Zawadzki stoi na stanowisku, iż odpowiedzialność lekarza może być tylko moralna, wydanie zaś proponowanych przepisów obarczy lekarzy koniecznością dostosowania się do tych przepisów, merytorycznie zaś odpowiedzialność lekarza będzie cięższa, bo oparta na przepisach istniejących, jakkolwiek zachowanie przepisów nie da gwarancji bezpieczeństwa wykonywanego zabiegu.

Wobec powyższego mówca uważa, iż wydanie takiego regulaminu winno nastąpić nie w formie nakazu, lecz w formie okólnika, zalecającego zachowanie pewnych ostrożności, wydanego do szpitali i podległych Departamentowi Służby Zdrowia zakładów.

Doc. Dr. Rutkowski wypowiada się ze względu na lekarza i na chorego za wydaniem tego regulaminu. Należy jednakże w regulaminie wyraźnie zaznaczyć, iż nie dotyczy on wypadków nagłych.

Dr. Szulc podkreśla, iż wydanie analogicznego regulaminu uchroni lekarzy nietylko od ataków ze strony chorego, ale również ze strony krwiodawcy, który bądź co bądź narażony jest na niebezpieczeństwo zdrowia przy systematycznem oddawaniu krwi do transfuzji.

Prof. Dr. Orłowski uważa, że należy rozróżniać zawodowych krwiodawców od krwiodawców z rodziny.

Ważną jest rzeczą, iż regulamin przenosi odpowiedzialność ze strony lekarza na stronę krwiodawcy.

Prof. Dr. Radliński wypowiada się przeciwko regulaminowi, uważając, iż lekarz winien się kierować wymogami swego sumienia i wskazaniami nauki — wydanie takiego okólnika jest rzeczą zbędną. Jednakże, o ile projektowany okólnik zostanie wydany, należy kłaść nacisk nietylko na możność zarażenia się kiłą, ale również na możność zarażenia się durem brzusznym lub zimnicą.

Doc. Dr. Rutkowski zaznacza, iż jakkolwiek regulamin nie miałby mocy obowiązującej, jednakże wydanie tego regulaminu byłoby ważnem ze względu na uświadomienie prawników i lekarzy.

Płk. Dr. Owczarewicz znajduje, iż wydanie regulaminu jest bezwzględnie potrzebne ze względu na unormowanie sprawy krwiodawców, jakkolwiek regulamin nie powinien mieć zastosowania w wypadkach nagłych, ewentualnie gdy krwiodawcy należą do rodziny chorego.

Prof. Dr. Radliński wypowiada się przeciwko stworzeniu pojęcia zawodowych krwiodawców, którzy będą mieli zastosowanie do zamożniejszych chorych; poza tem mówca jest zdania, iż ingerencja władz sądowych i administracyjnych w sprawy lekarskie powinna być jaknajmniejsza.

Doc. Dr. Grzybowski znajduje, iż istotnym punktem widzenia w stosunku do regulaminu powinno być to, czy dany przepis daje gwarancję bezpieczeństwa wykonywanego zabiegu. Ponieważ gwarancji tej przepis nie daje, zbędnem staje się wydanie projektowanego regulaminu.

Dr. Szulc znajduje, iż projekt dawałby podstawę prawną do obrony lekarzy przed pociągnięciem do ewentualnej odpowiedzialności przez krwiodawcę.

Prof. Dr. Hirszfeld podkreśla, iż jakkolwiek będziemy się zapatrywać na kwestję krwiodawców, jednakże krwiodawcy istnieją i sprawa ta, nie przesądzając formy prawnej, winna być uregulowana.

Dr. Adamski, reasumując wyniki dyskusji, uważa, że sprawa transfuzji krwi ze względu na swą ważność wymaga dalszego opracowania, proponuje zatem wybrać ściślejszą komisję, która, wobec większości wypowiedzianych zdań, ujęłaby zagadnienie poruszone w formie okólnika.

Prof. Dr. Radliński porusza sprawę kompetencji sądów zawodowych lekarskich, jako bardziej powołanych do rozstrzygania analogicznych spraw, niż sądy koronne.

Sekcja uchwaliła powołać specjalną komisję w składzie: 1) Prof. Dr. Orłowskiego, 2) Prof. Dr. Hirszfelda, 3) Dr. Rutkowskiego, 4) Dr. Szczodrowskiego, 5) Dr. Palestra i poruczyć jej opracowanie w formie okólnika poruszonego zagadnienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Projekt.

Regulamin w sprawie transfuzji krwi.

§ 1. Wszystkie instytucje, mające na celu dostarczanie stałych krwiodawców (szpitale, biura specjalne i t. p.), winny zgłosić się o odpowiednie zezwolenie do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

§ 2. Osoby, pragnące być użyte, jako krwiodawcy, winny:

a) złożyć zeznanie, że nie jest im wiadome, by chorowały na kiłę lub gruźlicę,

b) winny się poddać odpowiedniemu badaniu komisyjnemu w myśl § 3.

§ 3. Komisje, orzekające, czy dany osobnik nadaje się na krwiodawcę, składają się z internisty, wenerologa i serologa. Komisyjne badanie krwiodawców winno się odbywać co pół roku, zwykłe badanie przez lekarza odpowiedzialnego nie mniej niż co 4 tygodnie. Odczyny serologiczne na kiłę winny być wykonywane u krwiodawcy nie rzadziej, niż co 4 tygodnie. Nie należy używać, jako dawców, osób cierpiących na kiłę, gruźlicę, zimnicę, choroby serca lub krwi i alkoholików. Dążyć należy, ażeby do przetaczania krwi byli używani dawcy tej samej grupy krwi, co i chorzy.

Instytucje, które wnoszą o koncesję dla dostarczania krwiodawców, winne są zawiadomić Departament Służby Zdrowia o składzie komisji lekarskiej, jak również o wyborze pracowni, gdzie mają być wykonywane odczyny serodiagnostyczne na kiłę i badania na grupę krwi. Departament Służby Zdrowia rezerwuje sobie prawo zatwierdzenia, względnie niezatwierdzenia danej komisji lub pracowni.

§ 4. Instytucje, które dostarczają krwiodawców, winny zaprowadzić u siebie dokładną księgowość, w której notowanoby

stan zdrowia krwiodawcy, ilość przetoczonej krwi i inne szczegóły kliniczne. Krwiodawca obowiązany jest posiadać książeczkę według załączonego wzoru, gdzie wyznaczony przez daną instytucję lekarz winien wpisywać wyżej wymienione dane. Posyłanie krwi do analizy winno podlegać rygorom, jak posyłanie analiz sądowych, to znaczy krew powinna być zabezpieczona przed możnością zamiany, względnie krew powinna być pobrana za okazaniem odpowiedniem legitymacji lub opieczętowana i t. p.

Księgi, przewidziane w § 4, podlegają kontroli ze strony wojewódzkich władz sanitarnych.

§ 5. Krwiodawca winien mieć nie mniej niż 20 i nie więcej niż 40 lat. Sposób życia krwiodawcy powinien dawać gwarancję, że zakażenie chorobą weneryczną jest nieprawdopodobne. Krew od krwiodawcy może być pobierana nie częściej, niż co 2 miesiące, i lekarz, przewidziany w § 3, winien jest baczyć, aby pobieranie krwi nie miało ujemnego wpływu zdrowotnego na krwiodawcę.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Emil Forgue i Antoine Basset: *La rachianesthésie*. Paris. Masson et Cie. 1930. 222 str.

Książka ta, której potrzeba oddawna dawała się odczuwać w piśmiennictwie chirurgicznem, jest bardzo wyczerpującą i ciekawą monografją o znieczuleniu rdzeniowem. Rozdziały o historji tego sposobu znieczulenia, jego „fizjologji", topografji, wskazaniach, technice i powikłaniach zajmują czytelnika swą żywością oraz wielu szczegółami dotąd przy stosowaniu znieczulenia rdzeniowego nie uwzględnionemi. Jako miejsce działania przyjmują autorzy głównie korzonki tylne. Najlepszym ze znanych dotąd środków jest nowokaina w zawsze świeżych roztworach przy koniecznym upuście 5—10 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. „Wysokie" znieczulenie odrzucają, przyjmując jako najwyższą górną granicę wysokość pępka, wyjątkowo tylko obejmując wskazaniami zabiegi w żołądku i drogach żółciowych. — Znieczulenie rdzeniowe cieszy się wielkiem uznaniem w krajach romańskich, w odróżnieniu od Ameryki, Anglji, Szwecji, a nawet Niemiec.

Dzieło stanowi ważne dopełnienie piśmiennictwa z zakresu nauki o znieczuleniu.

Hilarowicz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok VI, nr. 7, z 1 lipca 1931: H. Berliner: O obliczeniu taryfy należności za nabycie lat poprzedniej służby przez ubezp. prac. umysł. — H.: Umowa o ubezpieczeniu społecznem między Polską a Niemcami. — L. Sokołowski: Sport a akcja profilaktyczna instytucyj ubezpieczeń społecznych. — J. Wengierow: O zakresie obowiązku ubezpieczenia w ubezpieczaniu pracowników umysłowych. — H. Suchorzewski: Teorja wypadków Marbego a premje. — M. Moskwa: Zarys powstania i rozwoju Zakładu N. P. N. we Lwowie. — P. Dziurzyński: Znaczenie artykułu 45 rozp. Prez. R. P. z dnia 29 listopada 1930 r. dla scalenia ubezpieczeń społecznych.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, nr. 5, z maja 1931: E. Ziegler: Pierwszy miejski dom wychowawczy dla niemowląt w Łodzi.

Medycyna, nr. 14, z 21 lipca 1931: P. Słonimski: XXVI-ty Zjazd „l'Association des Anatomistes" w Warszawie. — J. Mossakowski i A. Jokiel: O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego. — R. Kalinowski: Działanie jadu żmij europejskich na organizm człowieka: J. Klukowski: Przypadek cystynurji. — P. Demant: Czynność nerki odnerwionej po przecięciu nerwu trzewiowego.

Wiedza lekarska, rok V, nr. 7, z lipca 1931: G. Gelman: Odczyn Kahna („Kahn-Test") na kiłę. — Z. Rakowski: Kliniczne rozpoznanie różniczkowe anginy i nalotów gardłowych.

Przemysł chemiczny, nr. 15—16, ze sierpnia 1931: M. Chorąży: Charakterystyka fizyko-chemiczna węgli kamiennych na podstawie zdolności chłonienia par pirydyny. — Z. Zaleski: Magazynowanie azotniaku. — Z. Klonowski: Obecne wytyczne dla składu rdzochłonnych farb olejnych.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 13, z r. 1931: J. Podkowińska: Teorja psychologji indywidualnej i jej wartość dla wychowania. — M. Bronisławska: Jak uświadamiać dziecko? — J. Prażmowska: Odpoczynek wakacyjny matki. — M. Morskowska: Odżywianie niemowlęcia w okresie 9—12 miesięcy. — M. Kłosińska: Uszkodzenia ciała. Zranienia. Ukąszenia. — K. Falkowska: Gruźlica stawów i kości.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 14, z r. 1931: Z. Michalska: Dziecko a organizacja (metody harcerskie w domu). — Z. Prażmowska: Dziecko jako hodowca. — M. Listowska: Higjena letniska. — M. Kłosińska: Urazy wakacyjne. — H. N. Niemczycka: Choroby jamy ustnej.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 30—31, z 30 lipca 1931: P. Słonimski: Kongres anatomiczny w Warszawie (3—7 lipca 1931). — H. Szpidbaum: Struktura antropologiczna Polski. — Z. Bychowski: Klinika przysadki mózgowej. — B. Kampioni: Rzadki przypadek zwężenia tętnicy podobojczykowej i pachowej. — L. Hirszfeld: Współczesne zagadnienia nauki o różniczkowaniu serologicznem ustroju ludzkiego. — C. Rozengartenówna: O rumieniu guzowatym (Streszcz. pogl.). — M. Erlichówna: Kilka uwag o sprawozdaniach ze Zjazdów Lekarskich. — M. Kacprzak: Opieka lekarska na wsi.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 31, z 2 sierpnia 1931: A. Ossowski: Badania nad geograficznem rozmieszczeniem naparstnicy czerwonej (Digitalis purpurea L.) w Polsce (dok.). Sprawy zawodowe.

Wiadomości Kas Chorych, rok II, nr. 12, z r. 1931: Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Z życia Kas chorych. — Bilanse i rachunki działalności za rok 1929. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą w Kasach chorych. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą.

Młoda matka, nr. 15, z r. 1931: P. Baumryter: Mięso i jaja w diecie dziecka w lecie. — S. Popowski: Odżywianie dziecka na wycieczkach. — M. Stopnicka: Znów kilka uwag w sprawie walki z kokluszem. — Z. Glińska: O szkodliwości przegrzania dzieci, szczególnie zaś niemowląt. — T. Lewenfiszowa: O żelatynie. — M. P. K.: O racjonalne zasady odżywiania rodziny. — C. Bańkowska: Jak należy ćwiczyć w dziecku odwagę cywilną (dok.). — J. Brzósko-Gudersk a: Bliżej wsi.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 45, 1930.

R. Kienböck: *Rentgenologiczne rozpoznawanie dobrotliwości i złośliwości kostnych spraw chorobowych*. Po zestawieniu spraw chorobowych toczących się w kościach dochodzi autor do wniosku, że rentgenologicznie trudno nieraz rozstrzygnąć o dobrotliwości czy złośliwości cierpienia i zaleca oprócz badania rentgenowskiego ścisłe badanie kliniczne.

K. Gutzeit: *Śledziona i zmiany we krwi*. Po krótkiem przedstawieniu budowy histologicznej śledziony wyjaśnia autor rolę śledziony w stanach patologicznych jak: *icterus haemolyticus, anaemia perniciosa, morbus Vaquezi, hypoleukia splenica Frank, m. Banti*, choroby zakaźne.

H. Schloffer, H. Gocht, Kirscher, K. Gangele: *Ocena uszkodzeń kręgosłupa* (d. n.).

E. Czyhlarz i K. Singer: *Rozpoznanie i leczenie czynnościowych wymiotów chininą* 0,1—3 razy dziennie; w jednym przypadku.

W. Bickenbach: *Nekroza macicy i przydatków po śródmacicznem wstrzyknięciu rozczynu proszku mydlanego*. Działanie zasad.

I. Balázs: *Zatrucia aspiryną*. Symptomatologja i leczenie.

F. Herz: *Czy częstość raka płuc wzrasta?* Statystycznie trudno dowieść, bo po ównuje się erę dzisiejszą z erą, gdy nie badano promieniami Roentgena i nie wykonywano bronchografji.

T. Wingen: *Badania nad zagadnieniem swoistości odczynów kiłowych u rodzących*. Odsetek odczynów niespecyficznych jest taki sam jak i u kobiet nieciężarnych.

G. Scherk: *Trudności diagnostyczne w schorzeniach narządów jamy brzusznej*. Rak ściany żołądka rosnący infiltracyjnie.

L. B. Seiferth: *Schorzenia nosa prowadzące do zwężenia*. Skrzywienie przegrody nosowej, krwiak przegrody nosowej, absces przegrody; przyczyny, skutki tych schorzeń i ich leczenie.

A. Kaffler: *Postępy w leczeniu solami wapniowemi.* Stosowanie soli wapniowych w zapalnych stanach dróg oddechowych jak: błonica, zapalenie oskrzeli, w chorobach anafilaktycznych, astmie i przy krwawieniach daje dobre wyniki. *Calcium gluconatum* podane domięśniowo działa znacznie dłużej niż po podaniu dożylnie. — *Neurosmon.*

Klieneberger: *Uraz w głowę i późne połowicze porażenie.* Dział ubezpieczeń.

O. Strauss: *Rak i jego leczenie.* Referat.

J. Fenczyn (Kraków).

Nr. 46, 1930.

E. Hesse: *Dawne i nowe wiadomości o środkach przeciwbólowych i o ich połączeniach.* Biologiczna metoda badania wartości różnych preparatów przeciwbólowych na zwierzętach zapomocą wstrzykiwania olejku krotonowego i ściskania ogona.

E. Abderhalden: *Stan badań nad fermentami obronnemi.*

C. Schilling: *Nowsze zapatrywania na sprawę zwalczania zimnicy, szczególnie we Włoszech.* Autor omawia system odwodnienia okolic bagnistych.

H. Boeminghaus, H. Burckhardt: *Ocena uszkodzeń kręgosłupa* (d. n.).

K. Hübscher: *Przyczynek do śródżylnej narkozy awertynowej.* 0,03 awertyny na 1 kg wagi w 3% roztworze: duże zalety tej metody Kirschnera; przeciwskazanie stanowi tylko zapalenie nerek.

Brückner: *Anguillula intestinalis.* Autor zwraca uwagę na niezbyt rzadkie znajdowanie tego pasorzyta jelitowego w obrębie Zagłębia Ruhr.

W. Pollak i H. Klement: *Wypadnięcie cewki moczowej u dziecka,* pięcioletniej dziewczynki; elektrokuagulacja i ligatura ponad cewnikiem doprowadziły do wyleczenia.

K. Pfitzner: *Profilaktyka rozpoznawcza kamicy nerkowej.* Na kilkunastu przykładach wykazuje autor, jak ważnem jest przy leczeniu kamicy nerkowej wyzyskanie badania urologiczno-rentgenologicznego (z dożylną pyelografją) ze względu na zastosowanie zabiegu chirurgicznego w odpowiednim czasie i ze względu na rokowanie.

H. Caspary: Uwagi o rzeżączce.

K. Freistedt: *Przyczynek do leczenia farmakologicznego zaburzeń snu.*

F. Reiche: *Najważniejsze próby na bilirubinę w moczu.* Przewaga pod względem czułości próby z 3—10% *ac. hydrochlor.* + 0,25% *natr. nitros.* nad próbami Gmelina i zmodyfikowaną Rosina.

Hayward: *Zaburzenia troficzne skóry i tkanki podskórnej z przyczyn miejscowych.*

L. B. Seiferth: *Schorzenia nosa prowadzące do zwężenia.* Zrosty i zaniki. *Adsorgan. Noctal.*

W. Brandis: *Upadek na plecy, a po 6 tygodniach zejście śmiertelne.* Dział ubezpieczeń.

L. Freund: *Postępy w diagnostyce rentgenologicznej.* Referat.

H. Powązka (Kraków).

Nr. 47, 1930.

H. Strauss: *Kliniczne uwagi krytyczne o hipertonji.* Indywidualizacja każdego hipertonika jako zasada przy leczeniu.

G. Magnus, L. Drüner: *Ocena uszkodzeń kręgosłupa* (dok.).

W. Kaupe: *Leczenie kokluszu szczepionką kokluszową Hoechst'a* (profilaktyka i leczenie). Dobry efekt w początkowem stadjum krztuśca (szczepionka w czterech rozcieńczeniach 2, 4, 6 i 8 miljonów bakteryj Bordet-Gengou domięśniowo stosowana).

N. Kovács: *Przyczynek do sprawy toksyny Schick'a.* Wartości toksyny i antytoksyny wahają się w dość dużych granicach według różnych autorów i dlatego dla celów praktycznych wprowadza podwójną ampułkę z suchą zawartością toksyny i rozpuszczalnikiem („Diluter") — tą drogą można dowolny roztwór przygotować.

H. Bernhardt: *Leczenie nowotworów złośliwych zapomocą naświetlania i wstrzykiwania błękitu isaminu.* Szczegóły techniczne przygotowania roztworów.

A. Konrad i G. Panning: *Ogólna dermatitis po leczeniu Solganal'em B.* Opis takiego przypadku z zaznaczeniem, że po zastosowaniu tego preparatu złotowego w ilości do 0,81 g nie znaleziono żadnej poprawy w stwardnieniu rozsianem.

W. Kuckuck: *O zespole objawów żołądkowo-sercowych.* Bóle w okolicy serca, uczucie utrudnionego oddechania, zaburzenia tętna i zaburzenia dyspetyczne — często jako skutki upośledzenia ruchomości lewej przepony przez bańkę gazową żołądka przy *cor mobile, cor nervosum* lub przy właściwej stenokardji.

Bülte i Reinwein: *Doświadczenia w leczeniu niemiarowości chininą.* 230 przypadków *arhythmia perpetua* przy wadach serca i przy schorzeniach mięśnia sercowego; 58 chorych z tej statystyki leczonych chinidyną w 3% z dobrym rezultatem, w 27,6% z poprawą stanu, w 67,3% bez efektu. Zestawienia z innych klinik.

H. Sieben: *Rozdarcie mięśnia dwugłowego ramienia.* Opis przedarcia podskórnego przy wysiłku fizycznym.

Walter i W. Zörkendörfer: *Prosty, kolorymetryczny sposób oznaczania kwasu moczowego w moczu i we krwi.* Opis metody.

W. Kollath: *Gnilec u szczurów.*

W. Crohn: *Zestawienie środków przeciw bólom głowy, bezsenności, zaparciu stolca.* Specyfiki.

H. Powązka (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XII posiedzenie naukowe odbyte dnia 24 IV 1931 r. w sali wykładowej Kliniki wewnętrznej U. J. K.

Przewodniczy kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Grek przedstawił przypadek 20-letniej kobiety z małopłytkowością pierwotną (Franka). Chora ta zgłosiła się z objawami skazy krwotocznej (obfite krwawienia z nosa i macicy, wybroczyny i sińce na skórze), oraz z objawami znacznej niedokrwistości wtórnej. Ilość płytek krwi początkowo 40,744 w 1 mm³ podczas obserwacji w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice spadła do 9.500, równocześnie nasiliły się znacznie objawy skazy. Po wyleczeniu (środki przeciwkrwotoczne, naświetlanie śledziony promieniami Roentgena i przetaczanie krwi) ilość płytek podniosła się do 86.360 w 1 mm³; równocześnie ilość ciałek czerwonych doszła do normy, objawy skazy ustąpiły zupełnie. Następnie Kol. Grek omówił nowsze poglądy na patotogenzę i leczenie tego schorzenia. W dalszym ciągu zademonstrował nowy aparat do przetaczania krwi „Athrombit" sporządzony z produktu kondensacji formaliny i fenolu, odznaczający się tą zaletą, że krew w nim przez przeciąg 10—15 min nie krzepnie.

3. Kol. Rencki przedstawia 4 przypadki ziarnicy złośliwej ze zmianami w płucach. Omawia obraz kliniczny oraz przebieg chorobowy tych przypadków, demonstrując serjowe rentgenogramy, wykazujące cofanie się tych zmian pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena, skombinowanych z leczeniem jodowem w formie dożylnie podawanego płynu Lugola. W jednym z tych przypadków, obserwowanych przez okres roku obok zmian ziarniczych w gruczołach obwodowych i płucach wystąpiło w ostatnich dniach zapalenie opon mózgowych, najprawdopodobniej przyrody gruźliczej — powikłanie nieczęsto spotykane przy ziarnicy. W drugim przypadku duży guz śródpiersia, wrastający w płuco prawe, wytworzył uzurę rękojeści mostka, tworząc wypuklenie wielkości pięści na wysokości rękojeści. Chora ta pozostaje w obserwacji od lat dwóch i po naświetlaniach, powtarzanych co pewien czas, guz ten cofnął się znacznie, naciek w płucach ustąpił całkowicie, jak również objawy ucisku na śródpiersie. Przypadek trzeci przedstawia formę pojedyńczego guza wielkości pięści, umiejscowionego w płucu prawem z równoczesnemi zmianami we wszystkich gruczołach obwodowych. Przypadek czwarty ziarnicy z zajęciem gruczołów szyjnych i pachowych oraz guzem gruczołowym śródpiersia powikłany został zapaleniem opłucnej prawostronnem; rentgenogramy w tym czasie wykonane wykazały zagęszczenia guzkowate w płucach, przemawiające za zmianami ziarniczemi.

4. Kol. Gąsiorowski: W ostatnim roku miałem sposobność przebadać drogą bakterjologiczną 5 przypadków klinicznie rozpoznanej ziarnicy złośliwej, pochodzących z kliniki Prof. Renckiego.

U 4 chorych badanie wyciętego, powiększonego gruczołu chłonnego wypadło ujemnie. W jednym natomiast przypadku (chory N. S., lat 20) niezwykle ciekawy wynik badania przedstawia się następująco:

1) w miazdze powiększonego gruczołu chłonnego, wyciętego z pachwiny lewej nie można było mikroskopowo zauważyć żadnych drobnoustrojów. W bulionie glicerynowym i cukrowym po kilku dniach przy 37° mierny osad, bez zmętnienia bulionu; na skośnym agarze glicerynowym skąpy nalot suchy; na pożywce Petroffa drobne kolonje wodnisto - szare, które następnie tworzą narośla guzkowate, porcelanowo-białe, jak gdyby posypane proszkiem, lśniące, silnie przylegające do pożywki. Hodowle przeszcze-

pione rozwijają się dobrze w dalszych generacjach. Tak na pożywkach stałych, jak płynnych drobnoustrój rozwija się bujniej po zatopieniu próbówki parafiną, czyli w warunkach utrudniających dostęp tlenu.

W preparacie z hodowli widoczny gęsty splot krótszych i dłuższych nitek cienkich, nie posiadających osobnej osłonki, rozgałęziających się, z licznemi pałeczkowatemi zgrubieniami końcowemi; często zauważyć można rozpad ziarnisty. Nitki te barwią się Gramem i nie są kwasooporne. Obraz morfologiczny przypomina bardzo promienicę. W późniejszych generacjach w przeważającej ilości występują dłuższe i krótsze pałeczki ziarniste, barwiące się Gramem, niekwasooporne.

Tak miazga z gruczołu, jak hodowla zaszczepiona podskórnie cielęciu, a podskórnie i śródotrzewnowo kilkunastu świnkom morskim, nie wywołała żadnych zmian swoistych w czasie kilkumiesięcznej obserwacji.

2) W wysięku opłucnowym tego samego chorego, pozostawionym w ciepłocie pokojowej można było po kilkunastu dniach mikroskopowo wykazać liczne nitki, odpowiadające zupełnie powyżej opisanym w preparacie mikroskopowym, z hodowli wyrosłej z miazgi gruczołowej. Również hodowle otrzymane z płynu opłucnowego przedstawiają się tak samo, jak z miazgi gruczołowej.

Świnki morskie szczepione zachowały się zupełnie obojętnie. W kilkanaście dni chory umiera, a sekcja wykonana w Zakładzie anatomo-patologicznym Prof. Nowickiego potwierdza rozpoznanie kliniczne: *lymphogranulomatosis chronica partim necroticans; pleuritis fibronosopurulenta ambilateralis; infiltratio lymphogranulomatosa lienis; degeneratio parenchymatosa organorum; cachexia universalis.* Badanie histologiczne gruczołów i śledziony daje obraz nacieku typowej ziarnicy złośliwej, z komórkami Sternberga i obfitą ilością ciałek eozynofilnych.

Po zaszczepieniu próbek pobranych w trzy godziny po śmierci chorego ze śledziony, gruczołów pozaotrzewnowych i pachwinowych, nie można było na świnkach morskich i kurczętach zauważyć jakiegokolwiek odczynu w okresie 6—12 miesięcznej obserwacji.

Sprawa etjologji ziarnicy złośliwej do dzisiaj pozostaje niewyjaśnioną. Jedni — jak Fränkel-Much, Luksch, wiążą ją z gruźlicą, a np. w ostatnich czasach L'Esperance twierdzi, iż schorzenie to wywołują prątki gruźlicy ptasiej. Inna grupa badaczy jak Lubarsch, Rabinowicz odrzuca tu związek przyczynowy z gruźlicą.

Dla bliższej orjentacji należy wspomnieć o badaniach doświadczalnych z r. 1918 Babesa i Levaditiego, którzy w histologicznych preparatach z nerek i mózgu królika, sztucznie zakażonego wykazali zarazek gruźliczy, morfologicznie odpowiadający promienicy. Ponadto na szczególniejszą uwagę zasługują liczne badania z ostatnich lat nad cyklem rozwojowym zarazka gruźlicy. Calmette, Fontès, Kahn, Karwacki, Kirschner, Pla y Armengol, Reenstjerna, Vaudremer zgodnie podnoszą, iż prątek Kocha przedstawia tylko pewną fazę rozwojową. Z niedostrzegalnej formy zarazka gruźliczego mają wytwarzać się ziarenka Mucha, z tych w dalszym okresie rozwojowym dwoinki, łańcuszki, prątki, pałeczki niekwasooporne, w końcu formy nitkowate, rozgałęzione, podobne do promienicy.

Co do ziarnicy złośliwej znaną mi jest tylko praca Kuczyńskiego i Haucka, którzy histologicznie stwierdzają w komórce Sternberga drobnoustrój należący do grupy *„actinomycetales"* i w systematyce wyznaczają mu miejsce między prątkiem gruźlicy a promienicą.

Przypadek nasz byłby pierwszy, gdzie w ziarnicy złośliwej *drogą hodowli* udało się wykazać drobnoustrój, których zachowaniem się na pożywkach, wobec zwierząt, a głównie pod względem morfologicznym, w pierwszych swych generacjach odpowiada promienicy, a w następnych rozpada się na pojedyńcze pałeczki niekwasooporne, gram dodatnie.

Wobec powyższych danych mimowolnie więc nasuwa się pytanie, czy drobnoustrój nasz nie odpowiada również pewnej fazie rozwojowej zarazka gruźlicy, czyli czy zarazek gruźliczy nie pozostaje w etjologicznym związku z ziarnicą złośliwą. Ostateczną odpowiedź mogą dać dopiero wyniki dalszych badań.

W dyskusji kol. Pisek: Od kilku lat mnożą się rozpoznawane u nas przypadki złośliwej ziarnicy. Wielką zasługę u nas ma w tem klinika wewnętrzna Renckiego, zwróciwszy uwagę na za często zapoznawaną chorobę, wyodrębniając szczegóły rozpoznawcze — a równocześnie anatomiczne badania zakładu anatomopatologicznego U. J. K. Nowickiego, które wyczerpująco przedstawiono nam w Tow. Lek. Na oddziale moim obserwowałem w ostatnich dwu latach 5 przypadków *lymphogranuloma malignum* (stwierdzone badaniem histologicznem w Zakładzie anatomopatolog. U. J. K.), z których dwa ogłoszone były w P. G. L. przez Dra Ungara. Pomijam stronę anatomopatologiczną, znaczenie komórek Sternberga, pokrewieństwo z *lymphosarcoma,* białaczką, częściowo i z gruźlicą — wikłającą nawet czasem niewątpliwie to schorzenie, dalej przeróżne umiejscowienie się zmian ziarniaków złośliwych. Podkreślam, że klinicznie wyodrębniają się okresy początkowe o łagodniejszych objawach od okresów późniejszych, charłaczych, zwłaszcza z przypadłościami jelitowemi o przebiegu ciężkim, czasem groźnym.

W przypadkach przezemnie spostrzeganych ciepłota stale była podniesiona, bladość powłok uderzająca, zmiany we krwi cechujące ciężką, wtórną niedokrewność, obraz leukocytarny nieswoisty, odczyn Biernackiego wzmożony; obrzęki surowicze, nieraz b. znaczne; zależnie od usadowienia się guzów ziarniakowych i od ich wielkości (od guzków wielkości fasoli do guzów np. w jamie brzusznej, pachwinach wielkości jaja gęsiego — jak to było w 3 naszych przypadkach) występują objawy uciskowe, obrzęku, zastoiny. Prawie u wszystkich występował długotrwały, dokuczliwy świąd. Jeden z chorych, dotąd na oddziale przebywający, właśnie z powodu świądu leczony ambulatoryjnie, został do nas skierowany.

U 2 chorych dominującym objawem była biegunka, nie dająca się opanować — spowodowana niewątpliwie naciekami ziarniaka w ścianach jelita, zupełny brak łaknienia u wszystkich; wymioty częste u jednego z chorych.

Leczenie promieniami Roentgena zdawało się w dwu przypadkach zwolnić bieg choroby, u jednego nawet wybitnie w połączeniu z arsenem, leczeniem wątrobą. Stosowanie autohemoterapji sposobem Dziembowskiego (naświetlaną krwią chorego) było bez wpływu. Obecnie stosujemy za łaskawą wskazówką prof. Renckiego dożylne zastrzyki rozczynu Lugola.

Na tem miejscu niech mi będzie wolno podziękować również prof. Nowickiemu za łaskawie wykonywane badanie wyciętych gruczołów w poszczególnych przypadkach.

5. Kol. Goertz przedstawił przypadek promienicy płuc, omówił patogenezę i leczenie tego schorzenia (przeznaczono do druku w Pol. Gaz. Lek.).

6. Kol. Rencki przedstawił przypadek zmian w stawach na tle gruźliczem (Poncet) u 21-letniego mężczyzny. Daleko posunięte zmiany w stawach kolanowych (ze znacznym obrzękiem tychże), skokowych, nadgarstkowych i łokciowych. Obraz rentgenowski typowy (odwapnienia). Mimo częstych i skrupulatnych badań w punktacie ze stawów kolanowych, który przedstawiał płyn mleczny, opalizujący, zawierający 90% leuk. neutrchl. obecności prątków Kocha nie stwierdzono. W ostatnich miesiącach obok znacznego wyniszczenia dołączyły się objawy skrobiawicy. Szczepienie punktatu ze stawu dootrzewnowo śwince morskiej oraz na pożywce Loewensteina ujemne. W zakresie płuc u tego chorego poza nieznacznem zagęszczeniem szczytowem zmian nie stwierdzono.

A. Falkiewicz, sekretarz doroczny.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 5 maja 1931.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 kwietnia r. b. przyjęto.

2. Kol. Z. Messing przedstawia preparaty anatomiczne i histopatologiczne z przypadku *„Ganglioneuroma imperfectum glandulae suprarenalis"* (streszczenie własne).

Guz lewego nadnercza znaleziony nieoczekiwanie na sekcji 20-letniego schizofrenika, wielkości jaja gęsiego, twardy na przekroju, szaro-białawy, utkany jest z tkanki włóknistej, składającej się z falisto ułożonych włókien z licznemi wrzecionowatemi jądrami. Miejscami tworzą się wiry, miejscami widać pęczki poprzecznie przeciętych włókien z jądrami leżącemi na obwodzie włókien. Są to nagie włókna nerwowe z jądrami Schwanna. Miejscami pasma szerokich włókien rdzennych. Wśród tej włóknistej tkanki, przeważnie w brzeżnej części guza znajdują się komórki zwojowe, bądź grupami, bądź pojedynczo, o jednym lub kilku jądrach, zwykle z kilkoma wypustkami. W licznych komórkach widać oznaki zwyrodnienia. Oprócz całkowicie wykształconych komórek zwojowych znajdują się liczne małe komórki o ciemnem jądrze, ziarnistej plazmie, kształtu okrągłego, wydłużonego, czasami piramidowego, które należy uważać na postacie młode komórek zwojowych. Poza tem w brzeżnych częściach trafiają się skupienia sympatogonjów. Guz otoczony jest warstwą tkanki nadnercza z torebką tkankołączną. Granica tkanki nadnercza i guza jest naogół ostra, jednak miejscami w brzeżnych warstwach guza znajdują się odpryski tkanki korowej. W głębokich warstwach nadnercza, oraz w ścianach naczyń, w okołonaczyniowych przestrzeniach, wreszcie w niektórych komórkach zwojowych znajduje się barwik brunatny.

Opisany guz należy do *ganglioneuroma*, według podziału R. F. Fischera do *ganglioneuroma imperfectum*.

W dyskusji kol. L. Kryński zapytuje o stopień złośliwości guza. Kol. Messing odpowiadając stwierdza, iż *ganglioneuromata* same przez się nie są złośliwe; złośliwemi są *sympathogoniomata*, dające przerzuty. Do niedawna ten ostatni rodzaj nowotworów uważano za mięsaka.

3. Kol. Wł. Filiński wygłasza „Uwagi o Ciechocinku i o Inowrocławiu" (streszczenie własne).

Zdanie sprawozdania z wycieczki ze studentami medycyny U. W. do Ciechocinka i do Inowrocławia. Omawia urządzenia lecznicze obu zdrojowisk, ich rozwój i znaczenie ogólne.

4. Kol. W. Proszowski mówi „O wpływie truskawieckiego źródła „Marja" na czynność wydzielniczą żołądka u ludzi" (Streszczenie własne).

Woda mineralna ze zdroju truskawieckiego Marji jest solanką prawie izotoniczną; zawiera nieco soli glauberskiej i gorzkiej, oraz dwuwęglany sodu, żelaza i potasu. Poza tem znajdują się w niej jeszcze ślady innych składników mineralnych. Prelegent omawia działanie poszczególnych składników na żołądek. Dla ustalenia wpływu ich w zestawieniu naturalnem, w postaci wody zdrojowej „Marji", przeprowadzone zostały badania doświadczalne z 5% śniadaniem alkoholowem jednego dnia na tej wodzie sporządzonej, a drugiego dnia na wodzie przekroplonej, przyczem porównanie otrzymanych wyników w obu dniach było podstawą do wysnuwania wniosków o działaniu samej wody „Marji". Okazało się, że woda „Marja" działa lekko pobudzająco na wydzielanie kwasu solnego, a zmniejsza niedobór jego w przypadkach braku kwasu solnego wolnego. Często wzmaga również zdolność trawienną pepsyny. Przyśpiesza przeważnie opróżnienie żołądka. Powoduje także rozcieńczenie śluzu w nieżytach śluzowych żołądka.

5. Kol. Fr. Litwin i A. Religioni wygłaszają odczyt p. t. „Doraźny wpływ solanki druskiennickiej na przemianę węglowodanową u ludzi" (streszczenie własne).

W przeddzień kąpieli określaliśmy % cukru we krwi naczczo oraz w 60, 90, 120, 180 min., po podaniu 50 g glukozy w 200 cm^3 wody. W dnie kąpieli robiliśmy te same określenia % cukru we krwi, sadzając badanych natychmiast po wypiciu rozczynu glukozy do kąpieli solankowej, kwaso-węglowej, borowinowej lub wody zwykłej. Wyniki rejestrowaliśmy w postaci krzywych. Dla porównania działania tych kąpieli druskiennickich wyprowadziliśmy przeciętne i okazało się, że solanka w stosunku do krzywej dała obniżenie wartości cukru we krwi o 25%, gdy kwaso-węglowa o 12%, borowinowa o 21,6% i kąpiel wody zwykłej 8,4%.

Wnioski.

1. Solanka druskiennicka jest środkiem leczniczym dużej wartości, działającym dodatnio na przemianę węglowodanoną. Wobec tego do dawnych jej wskazań leczniczych należy dołączyć nowe, mianowicie: choroby trzustki, wątroby, nerek, wszystkie nadmierne ciśnienia, t. j. stany chorobowe, gdzie możemy przypuszczać skłonność do przecukrzenia krwi.

II. Gazowana solanka druskiennicka odwrotnie jest wskazaną przeważnie w stanach hipotensji i astenji, przebiegających jak wiadomo, najczęściej z niedocukrzeniem krwi.

6. Kol. A. Kaczyński opisuje „Termy budapeszteńskie. Wrażenia z wycieczki". (streszczenie własne).

Prelegent uwypuklił dążenie powojennych Węgier, które utraciły na zasadzie traktatu w Trianon i Saint Germain tak ważne zdrojowiska, jak Trenczyn, Piszczany, Herkulesbad i inne, do podniesienia na jak najwyższy poziom zdrojowisk objętych granicami powojennemi. Daje się to zauważyć szczególnie w urządzeniach kąpielowych i sanatorjach Budapesztu.

Po szczegółowym opisie szeregu zakładów Budapesztu, jak zakł. Ś-go Łukasza, Rudasbad, Hotelu St. Gellert'a, zakładów Szecseni'ego, urządzeń kąpielowych na wyspie Ś-ej Małgorzaty, preleg. robi porównanie wód termalnych Budapesztu z niektóremi naszemi wodami, których koncetracja niejednokrotnie jest o wiele wyższą. Zwraca uwagę mała zawartość w nich H_2S, która w takim np. Lubieniu Wielkim dochodzi do 0.111 w litrze.

Analizy term budapeszteńskich wykazują największą zawartość jonów Ca (0,15—0,20), Na (0,09—0,17) i Mg (0,04—0,16). H_2S waha się w granicach od 0,0008—0,013. Radjoczynność 0,50—10,26, J., M. Ciepłota od 40—73,9 C.

Zwracają uwagę doskonale pomyślane i świetnie urządzone liczne baseny do kąpieli zbiorowych na otwartem powietrzu, niekiedy dochodzące do olbrzymich rozmiarów (basen na wyspie Św. Małgorzaty posiada taflę wodną o 7.700 m^2 i 15.000 m^2 powierzchni plaży piaskowej). Wszędzie panują wzorowy ład i doskonała organizacja oparta na wiekowej tradycji istnienia tych zakładów.

7. Dyskusja.

Kol. Bratkowski przypomina swoje badania wykonane wspólnie ze ś. p. E. Żebrowskim nad wpływem wody druskiennickiej zdroju „Nasza" na wydzielanie soku żołądkowego u psa z przetoką Pawłowa: praca ta wykazała, iż woda druskiennicka wzmaga wydzielanie. Druga praca na podobny temat podjęta z inicjatywy ś. p. Żebrowskiego, to praca kol. Litwina i Religioniego. Mówca zapytuje kol. Proszowskiego czy woda badana przez niego była w stanie świeżym, oraz czy była badana na radjoaktywność.

Kol. L. Dembicki. W roku bieżącym wody ciechocińskie były dokładnie zbadane. Mówca zwraca uwagę, że źródło Nr. 10 zawiera 220 mg dwuwęglanu żelaza w litrze wody. Sprawa przechowywania tego rodzaju wód mineralnych jest do tej pory nierozwiązana. Woda ze źródła Nr. 8, silnie hipotoniczna, może dać dobre wyniki w dnie, lżejszych postaciach bezsoczności żołądka oraz jego nerwicach. Co się tyczy kąpieli kwasowęglowych, to są one dawane należycie. Mówca zapytuje kol. Religioniego, czy badania jego były przeprowadzone na kąpielach naturalnych, czy wzmacnianych. Bardzo wysoka ciepłota term jest niepożądana: ostygając bowiem do temperatury nadającej się do użytku mogą one tracić niektóre swe składniki lub właściwości (np. radjoaktywność).

Kol. Kaczyński (streszczenie własne).

Uwagi prelegenta co do tego, że borowina użyta do kąpieli traci raz na zawsze swe własności lecznicze (wypłókanie drażniących składników chemicznych, jak kwas mrówkowy, siarkowy, związki humusowe i t. d.), nie wydaje się być słuszną. Oczywiście, borowina taka, porzucona na uboczu, jako nieużytek, poddana działaniu deszczu, powietrza, słońca i t. d., istotnie może stracić swe dotychczasowe własności, gdy jednak, bezpośrednio po użyciu układamy ją warstwowo na polach, a następnie, dla zabezpieczenia od procesów wietrzenia, pokrywamy specjalnie w tym celu posianą szerokolistną trawą, może po pewnym czasie (kilka lat) nastąpić całkowite „odnowienie się" borowiny, która stanie się zdatną do powtórnego użytku. Porównanie rozbiorów chemicznych takiej borowiny z borowina używaną po raz pierwszy, przekonałoby nas, czy zachodzą tu jakiekolwiek istotne różnice.

Kol. W. Orłowski stwierdza, iż nie wszystkie własności Ciechocinka są w należytej mierze wyzyskiwane przez lekarzy, tam ordynujących. Tyczy się to przedewszystkiem hipotonicznego źródła Nr. 8, które nadaje się do leczenia skazy moczanowej; można je również stosować w leczeniu cierpień dróg moczowych. Dobry wpływ tego źródła w *achylia gastrica* i nerwicach, o ile się potwierdzi, należy położyć na karb leczenia psychicznego. Mówca uważa, że w badaniach swych kol. Proszowski winien był raczej badać wpływ uprzednio wypitej wody truskawieckiej na stosunki wydzielnicze żołądka po jakimś bodźcu bardziej fizjologicznym.

Kol. Filiński uważa kąpiel kwasowęglową za dobrą o ile poziom jej sięga do wysokości sutków. W imieniu kol. Proszowskiego mówca zaznacza, że P. wykonywał swe badania na wodzie czerpanej przed 3—14 dniami.

Kol. Religioni odpowiadając stwierdza, iż badania wykonano na wodzie niewzmacnianej.

Kol. Kaczyński (streszczenie własne).

W odpowiedzi p. Dr. Dembickiemu na uwagę, że zbyt wielka wysokość ciepłoty danego źródła termalnego nie stanowi o jego zalecie, gdyż musi być ona sztucznie obniżoną dla celów użytkowych, przyczem tracić może swe własności radioaktywne, należy zauważyć, że obniżanie to nie jest połączone z żadnemi trudnościami, jak się to właśnie przeprowadza w termach budapeszteńskich, gorzej natomiast jest, gdy rozporządzamy niedostatecznie wysoką ciepłoty termy. *Exemplum* terma ciechocińska, co do której jest wątpliwe, by mogła dać w basenie międzytężniowym tp. 20° C, posiadając przy wypływie do 37° C., natomiast tp. wody w basenie na wyspie St. Małgorzaty wynosi 30° C, podczas gdy tp. źródła zasilającego ten basen jest 42.5 C.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 maja 1931.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 5 maja r. b. przyjęto.

2. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3. Kol. Alfred Galewski wygłasza odczyt p. t. „Badania nad zawartością kwasu moczowego w soku żołądkowym" (streszczenie własne).

Autor w 25 przypadkach stwierdził obecność kwasu moczowego w soku żołądkowym.

W warunkach prawidłowych ilość jego wynosi około 1 mg %. W tych przypadkach, gdy zwiększa się poziom kwasu moczowego

we krwi *(arthritis urica, uraemia)*, zwiększa się również poziom kwasu moczowego w soku żołądkowym. W nadkwaśności i w niedokwaśności soku żołądkowego ilość kwasu moczowego w soku żołądkowym ulega zmniejszeniu.

Dyskusja.

Kol. Goebel uważa badania Prelegenta za bardzo ciekawe i radzi połączyć je z badaniami nad wydzielaniem kwasu moczowego w dolnych odcinkach przewodu pokarmowego, zwłaszcza w przypadkach mocznicy.

Kol. W. Orłowski zwraca uwagę, iż dwa przypadki, w których ogólna kwaśność sięgała 46 i 55 należy usunąć z tablicy mieszczącej przypadki z nadkwaśnością.

4. Kol. Stanisław Justman wygłasza odczyt „O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego" (streszczenie własne).

1. Cztery są postacie kliniczne alkoholizmu dziecięcego:

a) postać neurasteniczna, b) postać histeryczna, c) postać padaczkowa, d) postać otępieniowa.

2. Pierwsze dwie postacie mogą być wyleczone z całkowitym powrotem do zdrowia, postać trzecia może niekiedy być wyleczoną, często jednak przechodzi w typową padaczkę.

3. Postać czwarta nie może być wyleczoną bez defektu i kończy się oligofrenją więcej lub mniej posuniętą względnie idjotyzmem.

4. Pierwsze trzy postacie mogą pozostać w swem środowisku rodzinnem, postać czwarta musi być przedewszystkiem usunięta ze swego otoczenia i leczona w zakładach specjalnych. W tym celu rodzice, nałogowi alkoholicy, muszą być mocą ustawy sejmowej pozbawieni prawa wychowywania swych dzieci.

5. U dzieci stosowanie wyskoku w jakiejkolwiek postaci jest tak samo niedopuszczalne, jak stosowanie morfiny. Obie te substancje są truciznami mózgowemi, działającemi na najszlachetniejszą, stanowiącą o naszem człowieczeństwie części mózgu — na korę mózgową.

Dyskusja.

Kol. Filiński zwraca uwagę na upodobanie do alkoholu różne u różnych osobników zarówno wśród dorosłych, jak też u dzieci, a także na odporność gatunkową, spotykaną u zwierząt.

Kol. Justman podkreśla, że lekarze sami niekiedy przyzwyczajają dzieci do alkoholizmu, przepisując wyciągi alkoholowe „Motofor" np. zawiera 10% alkoholu.

5. Kol. Wł. Filiński wygłasza „Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych. Część I: Czechy, Niemcy i Francja, (streszczenie własne).

Prelegent zdaje sprawozdanie z podróży do uzdrowisk zagranicznych. Omawia urządzenia i wskazania lecznicze Teplic, Karlsbadu, Jachimowa, Marienbadu, Franzensbadu, Kissingen, Nauheimu, Homburga, Wiesbadenu, Baden-Badenu, Plombières, Vittel, Coutrexeville, Vichy, Royat.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 19 maja 1931.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 maja 1931 roku przyjęto.

2. Kol. Jan Mossakowski i A. Jokiel wygłosili odczyt p. t. „O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego" (streszczenie własne).

W celu przekonania się, jak zachowuje się poziom cukru we krwi u chorych poddanych operacji, zbadano krew w 35 przypadkach, operowanych z rozmaitych powodów. A mianowicie w 10 przypadkach, dokonano usunięcia wyrostka robaczkowego po bardzo dawno przebytem zapaleniu, z 11-tu — operacji doszczętnej przepukliny, w 2-ch wycięcia wola, bez objawów choroby Basedowa, w 5-ciu przypadkach — doszczętnego zabiegu z powodu wodniaka jądra, w 2-ch — zeszycia kości, w 2-ch nadpochwowego wycięcia macicy z powodu włókniaków, w 1-ym przypadku ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, w 1-ym wycięcia doszczętnego pęcherza żółciowego i w 1-ym przypadku — trepanacja czaszki z powodu pourazowego wgłębienia kości. W każdym przypadku najpierw badano krew naczczo, ściśle przestrzegając, aby w okresie przedoperacyjnym chory nie był głodzony, poddawany czyszczeniu lewatywami lub środkami czyszczącemi, aby przestrzegał zwykłego sposobu odżywiania się niezbyt obfitego w węglowodany. Następnie badania wykonywano zaraz po operacji, w 6 godz., w 24 i 48, w przypadkach zaś, w których poziom cukru był wyższy od prawidłowego, dokonywano badań aż do obniżenia się jego do poziomu prawidłowego.

Operowano przeważnie w znieczuleniu ogólnem eterowem, w kilku przypadkach w znieczuleniu chloroformowem, lub chloroformowo-eterowem, a w kilku — w znieczuleniu miejscowem z dodatkiem lub bez adrenaliny. Badania przeprowadzono mikro-metodą Mac Leana. We wszystkich przypadkach znieczulenia ogólnego bez względu na to, czy przedtem była wstrzykiwana morfina lub nie stwierdzono niewątpliwą hiperglikemję. Najniższa zawartość cukru we krwi w tych przypadkach, zaraz po operacji wynosiła 0.136% — najwyższa 0.256%. Cyfry niskie odpowiadały zabiegom krótko-trwałym, z małą ilością użytego środka znieczulającego, cyfry wysokie operacjom długotrwałym (do 2 godz.) z dużą ilością środka znieczulającego.

W przypadkach ze znieczuleniem miejscowem otrzymano również hiperglikemję, jakkolwiek mniejszą w porównaniu z odpowiednimi, co do długotrwałości zabiegu, przypadkami, operowanemi w znieczuleniu ogólnem. Hiperglikemja ta trwa w ciągu kilku lub nawet kilkudziesięciu godzin po operacji, przytem, w pierwszych godzinach po operacji, często utrzymuje się na tym samym lub nieco niższym poziomie, niż zaraz po zabiegu. W przypadkach niepowikłanych (równy sen, brak sinicy i zapaści), spostrzegano cyfry prawidłowe, już po upływie 36—48 godzin. W przypadkach powikłanych, zwłaszcza zaś z klinicznemi objawami zakwaszenia, hiperglikemja trwa tak długo, jak długo trwają wspomniane powikłania.

W przeważającej liczbie przypadków nie stwierdzono cukromoczu, nawet wtedy, gdy poziom cukru osiągnął znaczne wartości np. 0.205%. Tylko w 2-ch przypadkach ciężkich i długotrwałych zabiegów w których ilość cukru we krwi wynosiła 0,256%, powikłanych sinicą i zapaścią, stwierdzono zaraz po zabiegu cukromocz, trwający kilkanaście godzin.

Wspomniane zmiany we krwi po operacjach, najprawdopodobniej stoją w związku z zakwaszeniem pooperacyjnem, występującem, jak to już dawno stwierdzono, prawie po każdym zabiegu. Chodzi tu prawdopodobnie o wzmożenie glykogenolitycznej czynności wątroby pod wpływem kwaśnych produktów przemiany materji, wskutek czego następuje większy, niż w warunkach prawidłowych, odpływ cukru z wątroby do krwiobiegu.

3. Dyskusja.

Kol. Goebel uważa, iż przypuszczenia Prelegentów są słuszne. Jeszcze nie ogłoszone badania kol. G. stwierdzają również równoległość wahań zasobu zasad i poziomu cukru we krwi. Hiperglikemji towarzy obniżenie zasobu zasad, hipoglikemji zaś alkaloza. Mówca zapytuje, czy w przypadkach, w których stosowano morfinę był poziom cukru we krwi większy, niż w innych.

Kol. Grott uważa, iż wpływ na poziom cukru we krwi, po zabiegu operacyjnym, ma przedewszystkiem narkoza; zabieg w pobliżu trzustki, wywołując jej przekrwienie powoduje zwiększenie ilości cukru we krwi. Ogromną rolę odgrywa stan ogólny chorego oraz stan wątroby. Nie bez wpływu są również stany gorączkowe. Już w 193 roku wykazano zwiększenie się poziomu cukru we krwi po podaniu kwasów zwierzętom.

Kol. W. Orłowski. Jest wielką zasługą prof. Leśniowskiego, że w jego Klinice są od szeregu lat wykonywane badania nad wpływem zabiegów operacyjnych na ustrój. W badaniach nad przemianą węglowodanową należy uwzględnić stan wątroby; nie można się w tych przypadkach zadowolić badaniem poziomu cukru we krwi naczczo, ale należy badać krzywą glikemiczną po podaniu 50 g glukozy. Badania wykonywane obecnie w II Klinice Chorób Wewn. U. W. zdają się wskazywać raczej na obniżenie się krzywej glikemicznej w kwasicy sztucznej u osób zdrowych. Spostrzeżenia te wymagają jeszcze potwierdzenia na większym materjale.

Kol. Mossakowski, odpowiadając, stwierdza, iż nie było różnic w poziomie cukru po podaniu morfiny i bez morfiny, co tłumaczyć należy tem, że u ludzi stosuje się znacznie mniejsze dawki niż u zwierząt, u których stwierdzono hiperglikemję pomorfinową. Zresztą taka hiperglikemja może być tylko krótkotrwałą, gdy pooperacyjna trwa dłużej. Prelegenci badali poziom cukru we krwi naczczo kilkakrotnie a nawet kilkunastokrotnie.

4. Kol. W. Filiński wygłosił dalszy ciąg „Sprawozdania z podróży do zdrojowisk i uzdrowisk zagranicznych. Część I: Francja, Szwajcarja i Włochy" (streszczenie własne).

Prelegent omawia warunki klimatyczne i urządzenia lecznicze Genewy, Evian, Montreaux, Leysin, wybrzeży Lago Maggiore, Lago di SComo, Lago Lugano, St. Moritz, Schuls-Tarasp-Vulpera, Davos, Ragaz, Interlaken, Aix-les-Bains, Riviera di Ponente, Riviera di Levante, Montecatini, Lago di Garda, Arco, Meranu i Gasteinu.

Posiedzenie lekarzy szkolnych w dniu 16 kwietnia 1931 r.

Obecnych 160 osób.

Docent dr. Zdzisław Górecki wygłosił odczyt p. t. „*O wydzielaniu wewnętrznem i jego znaczeniu w szczególności w okresie dojrzewania*".

W pierwszej części wykładu prelegent omówił istotę hormonów, ich naturę i preparaty wyciągowe. Następnie wpływ hormonów na przemianę materji, w szczególności zaś na: 1) przemianę wodną, 2) węglowodanową, 3) tłuszczową, 4) białkową, 5) wapniową, fosforową i purynową, — potem wpływ hormonów na ciśnienie krwi, mięśnie gładkie. Szerzej podkreślił prelegent wpływ niektórych hormonów na układ współczulno-błędny, a tą drogą na różne narządy ustroju. Na zakończenie pierwszej części prelegent wspomniał o zmianach w obrazie morfotycznym krwi pod wpływem hormonów, oraz o stosunku lecytyny i cholesteryny we krwi i niektórych gruczołach dokrewnych, jak i o ich stosunku do układu siateczkowo-śródbłonkowego.

W dalszej części wykładu prelegent omówił zharmonizowaną, fizjologiczną współpracę gruczołów w dokrewnem wydzielaniu, następnie wspomniał o antagonistycznem działaniu hormonów na ustrój, a zwłaszcza na układ wegetatywny, — wreszcie zakreślił zarys korelacji między gruczołami dokrewnemi w fizjologji, a w związku z tem o zespołach chorobowych niedomogi wielogruczołowej pierwotnej i wtórnej. Kilka słów poświęcono omówieniu zmian anatomo-patologicznych w gruczołach dokrewnych i stosunku ich do występowania i natężenia zaburzeń w ustroju, wywołanych temi zmianami. Na zakończenie tej części prelegent wspomniał o zmianach klinicznych, polegających na stwierdzaniu bezpośredniem zaniku gruczołów dokrewnych (np. jądra) lub guzów (np. wole, nadnerczaki), lub wreszcie obrazie ucisku miejscowego (np. guza szyszynki, przysadki).

Druga część wykładu poświęcona była omówieniu wpływu gruczołów dokrewnych na morfologię ciała ludzkiego. I tak, wspominał prelegent o zespołach chorobowych: 1) w pierwszem dzieciństwie, 2) w okresie przed dojrzewaniem, gdzie podkreślono różne postacie otyłości.

Znaczną część wykładu poświęcono zespołom, występującym w okresie dojrzewania lub nasilającym się w tym czasie. Omówiono tu: 1) przedwczesne dojrzewanie (samoistne, guzy gruczołów płciowych, guzy szyszynki, nadnerczy), *hirsutismus apertus, virilismus suprarenalis*, 2) zaburzenia w dziedzinie płciowości: *pseudohermaphroditismus suprarenalis, hermaphroditismus verus, asexualismus, eunuchoidismus* u mężczyzn i kobiet, 3) opóźnienie dojrzewania: a) *infantilismus* tarczycowo-płciowy, przysadkowo-płciowy, zespół *adisposo-genitalis*, — *feminismus*, b) karłowatość, zwłaszcza tarczycowa i *progeria*, c) gigantyzm przysadkowy, — wreszcie wspomniano o *myxoedema congenitale* i kretynizmie.

Następnie prelegent krótko omówił zaburzenia morfologiczne w wydzielaniu wewnętrznem w wieku dorosłym, jak akromegalja i infantylizm późny na tle niedomogi tarczycy, — wreszcie zaburzenia w okresie pokwitania, w szczególności zaś *virilismus*.

W zakończeniu prelegent podkreślił, że w krótkim wykładzie mógł zaledwie naszkicować najgłówniejsze i zasadnicze poglądy na wydzielanie wewnętrzne i na rolę gruczołów dokrewnych w czynności ustroju i jego morfologji. Wykład ten może być zaledwo wstępem do studjów nad tą dziedziną. Nie stało już jednak czasu na podkreślenie roli układu gruczołów dokrewnych na tworzenie się typów somatycznych, fizjologicznych oraz na tworzenie się typów psychiki ludzkiej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Urzędowy spis lekarzy, lekarzy dentystów, dyplomowanych farmaceutów oraz aptek. Wyszedł z druku wydany w r. b. nowy uzupełniony i poprawiony urzędowy spis lekarzy, lekarzy dentystów, dyplomowanych farmaceutów oraz aptek. W związku z powyższem i ze względu na to, że nie posiadając wykazu osób, uprawnionych do leczenia chorych, zarządzający aptekami nie będą mogli orjentować się, czy wpływające do aptek recepty są przepisane przez osoby, do tego uprawnione, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zalecenie zarządzającym aptekami nabycia tego spisu i zalecenie inspektorowi farmaceutycznemu, aby przy rewizjach aptek zwracał uwagę, czy apteki posiadają go. Spis ten jest do nabycia w administracji „Lekarza Polskiego“, Warszawa, ul. Miodowa 14, w cenie 10 zł. z przesyłką i 8 zł. 50 gr. na miejscu.

Lwów.

Związek Aptekarzy lwowskich zwrócił się do lekarzy lwowskich z następującem pismem: Z dniem 26 lipca b. r. wchodzi w życie nowe rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) o wydawaniu z aptek środków lekarskich (Dz. Ustaw Rz. P. Nr. 6, z dnia 26 stycznia 1931 r. poz. 30). Na podstawie § 3 tegoż rozporządzenia każda recepta powinna zawierać: 1) Nazwisko chorego, względnie nazwisko właściciela chorego zwierzęcia i rodzaj tego ostatniego; 3) Nazwę i ilość środka, jaki ma być wydany, ewentualnie jego postać; 3) Sposób użycia w języku polskim (sposób użycia może być oznaczony klauzulą „Wiadomo“); 4) Datę zapisania recepty; 5) Podpis zapisującego i jego adres. — Sposób użycia może być dodatkowo podany w innych językach. — Recepta powinna być napisana pismem czytelnem. W razie gdyby podpis zapisującego był nieczytelny, powinien on być powtórzony w naddruku, bądź ręcznie pismem czytelnem. — Wzbronione jest na podstawie § 26 tegoż rozporządzenia wydawanie z aptek jakichkolwiek środków na podstawie takich recept, w których zamiast nazw właściwych użyto klauzuli „*secundum meam praescriptionem*“, bądź innej klauzuli, oznaczającej jakieś porozumienie lub układ, istniejący pomiędzy apteką a zapisującym receptę nadto w myśl tegoż rozporządzenia oryginalne recepty lekarskie, na podstawie których jakikolwiek środek zostanie w aptece wydanym — zostaną w przyszłości w aptece zatrzymywane i wydane tylko odpisy. Zwracamy się z bardzo uprzejmą prośbą o zastosowanie się do powyższych przepisów — z tem, że w przyszłości apteki zmuszone będą odmawiać wydawania leków, jeżeli recepty odnośne nie będą ściśle według odnośnego rozporządzenia zapisane. — Prosimy również aby i ze swej strony P. T. Lekarze zechcieli pacjentów swoich o nowem rozporządzeniu informować, gdyż pragnęlibyśmy uniknąć niepotrzebnych na ten temat dyskusji z pacjentami, którzy mogliby przypuszczać, że zatrzymywanie recept przez aptekarzy jest samowolą z ich strony.

Zwracamy w końcu uwagę, że w myśl obowiązujących przepisów oryginalne preparaty patentowe, jak: Aspiryna, Atophan, Collargol, Dionina, Heroina, Pyramidon, Salol, Salipyryna, Protargol, Dermatol, Xeroform, Urotropina, Veronal i t. p. mogą być wydawane w aptekach tylko w wypadkach, w których obok nazwy preparatu umieszczony jest dopisek „Orig.“ albo podaną jest firma wytwórcy, albowiem tylko w takim wypadku wolno aptekarzowi zaliczyć i wydawać preparaty oryginalne danych fabryk, zamiast istniejących w handlu aptecznym związków chemicznych identycznego składu.

Z kraju.

Polski Kongres przeciwalkoholowy. Komitet Organizacyjny Kongresów Przeciwalkoholowych w Polsce pod przewodnictwem red. Jana Szymańskiego w Warszawie postanowił, że X. Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Krakowie, w dniach 11, 12 i 13 października 1931 r. Organizację na miejscu Komitet powierzył prezesowi krakowskiemu Okręgu Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość“, p. Kazimierzowi Kalinowskiemu, który z pośród miejscowych działaczy abstynenckich powołał do życia ścisły Komitet Wykonawczy. Prezydjum Komitetu ścisłego, przystąpiwszy do prac przygotowawczych, zawiadamia niniejszem zainteresowane Instytucje i Organizacje w Rzeczypospolitej o ustaleniu terminu Kongresu i jak najuprzejmiej zaprasza do licznego w nim udziału z całej Polski zarówno lekarzy, pedagogów, socjologów, kryminologów i ekonomistów ze świata naukowego, jakoteż publicystów i działaczy społecznych, praktykujących na wszelkich niwach pracy publicznej, jakie tylko mogą być zainteresowane walką z alkoholizmem, lub bezpośrednio dotknięte jego klęską. Przewidziane są sekcje: duszpasterska, pedagogiczna, kobieca, lekarska, kryminologiczna, wojskowa i ogólna. Referaty do biura Komitetu uprasza się zgłaszać najpóźniej do 1 września b. r. Uczestnicy Kongresu korzystać będą ze zniżek kolejowych, oraz ułatwień co do noclegów i przy zwiedzaniu zabytków Krakowa, referenci nadto z zasiłków na koszta podróży.

Pierwsze letnisko campingowe w Czorsztynie na Podhalu. Dnia 1 lipca b. r. otwarte zostało pierwsze w Polsce letnisko campingowe w Czorsztynie u stóp Pienin. — Osada, zgrupowana na skraju lasu w pobliżu romantycznych ruin czorsztyńskiego zamczyska, na tle wspaniałego krajobrazu doliny Dunajca i łańcucha Wysokich Tatr, sprawia swą malowniczością nader miłe wrażenie.

Podobne letnisko powstaje na Polskiej Łopacie pod Żegiestowem.

Komitet stały wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych, do organizacji IV. Kursu Lekarskiego w dniach 30 sierpnia do 1-go września b. r. (niedziela, poniedziałek, wtorek). Protektorat nad kursem objąć raczył Pan Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia M. S. W., dr. Eugenjusz Piestrzyński. Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi te-

matów żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników-lekarzy, przybyłych w liczbie około 600 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej. — Komitet organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu IV na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: Prof. Dra A. Czyżewicza (Warszawa), Dra med. H. Higiera (Warszawa), Dra med. H. Kluszyńskiego (Warszawa), Prof. Dra E. Lotha (Warszawa), Prof. Dra K. Michejdy (Wilno), Prof. Dra W. Orłowskiego (Warszawa), Prof. Dra K. Pelczara (Wilno), Prof. Dra E. Piaseckiego (Poznań), Dra med. S. Rudzkiego (Warszawa), Doc. Dra A. Sabatowskiego (Lwów), Dra med. W. Sterlinga (Warszawa), Prof. Dra W. Szenajcha (Warszawa). — Uczestnicy kursów mają zapewnione mieszkania (bezpłatne) w zdrojowisku, oraz ulgi kolejowe t. zw. „kuracyjne" w drodze powrotnej. — Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

XXVII Zjazd chirurgów Polskich. Następny Zjazd Towarzystwa Chirurgów polskich), odbędzie się dnia 24 kwietnia 1933 r. w Poznaniu. — Jako tematy programowe obrad wybrano: 1) Leczenie nowotworów złośliwych; 2. Leczenie t. zw. przerostu gruczołu krokowego.

Polska kolonja nad Adrjatykiem. Zarząd Ligi polsko-jugosłowiańskiej w Białogrodzie w porozumieniu z „Ferjalnym Savezem" komunikuje: Kolonja młodzieży polskiej nad Adrjatykiem (Orebić) rozpoczęła się w dniu 17 lipca, wobec czego uczestnicy tej kolonji, którzy się już zgłosili lub którzy się zgłoszą do dnia 12-go lipca, powinni być na granicy jugosłowiańsko-austrjackiej (Maribor) dnia 15 lipca, gdzie oczekiwać ich będzie delegat Ferjalnego Savezu. Na kolonję przyjmuje się młodzież szkół wyższych i wyższych klas szkół średnich, tudzież absolwentów szkół wyższych i średnich. Osób starszych i dzieci na kolonję tę nie przyjmuje się. Bilet kolejowy należy kupić tylko do granicy jugosłowiańskiej.

Ze świata.

42 Międzynarodowy Kurs dokształcający dla lekarzy urządza Wydział Lekarski uniwersytetu wiedeńskiego w czasie od 28 września do 10 października b. r. Na kursie tym będą omawiane najważniejsze aktualne sprawy lekarskie ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa dla lekarzy praktyków prowincjonalnych. Wszelkich bliższych wyjaśnień udzieli na życzenie Sekretarz kursu Dr. A. Kronfeld, Wien, IX. Porzellangasse 22.

III-ci Międzynarodowy kurs uzupełniający dla lekarzy z fundacji Tomarkin w New Yorku odbędzie się w Locarno w czasie od dnia 11 do 26 października r. b. Bliższych informacyj udziela sekretarjat, Locarno, Postfach 128.

Liječnički Vjesnik — obok stale rejestrowanych wydarzeń z życia lekarskiego w Polsce, podaje w nr. 6 z lipca 1931 obszerne wyciągi polskich prac Dr. Klęska (Praktyka Lekarska, 1930, 1931); Dr. Kuhna (P. Gaz. Lek., 1931); Dr. Kasprzaka i prof. Karaffy-Korbuta, dotyczących spraw zawodowych stanu lekarskiego.

Pierwsza szwajcarska wystawa z zakresu higjeny i sportu „Hyspa" odbędzie się w Bernie Szwajcarskim w czasie od 24 lipca do 20 września 1931 r.

Francuska Akademja medycyny na posiedzeniu z dnia 7 lipca b. r. wysłuchała sprawozdanie tymczasowego swej komisji wyłonionej w celu stwierdzenia nieszkodliwości szczepień ochronnych prątkiem Calmette — Guérin'a (B. C. G.). (Sprawa wartości uodparniającej tych szczepień ma być oprocawane oddzielnie). Wnioski komisji są następujące:

1) Niema dowodu przykonywującego na to, by szczep B. C. G., wprowadzony do organizmu dziecięcego drogą doustną lub podskórną, tam się przeistoczył i wywołał czynne zmiany gruźlicze.

2) W przeważającej większości przypadków, B. C. G. spożyty przez noworodka jest dobrze znoszony, nie wywołuje żadnych zaburzeń ani też w niczem nie uszkadza rozwoju dziecka. W rzadkich przypadkach widzi się — jako skutek szczepienia — zmiany przejściowe i lekkie, najczęstszą z nich jest *poliadenitis*. Zmiany te odpowiadają tym, które stwierdzamy w czasie wykonywania i wszystkich innych szczepień.

3) Komisja przypomina, iż metoda szczepień noworodków pozostających w środowisku gruźliczem, zawiera wskazanie co do zabezpieczenia dziecka przed możliwem zakażeniem gruźliczem od chwili urodzenia na przeciąg przynajmniej 6 tygodni.

Otwarcie kongresu radowego pod przewodnictwem p. Curie-Skłodowskiej. W wielkiej sali amfiteatralnej paryskiej Sorbony otwarto międzynarodowy kongres radowy. Zjechało się nań wilkuste lekarzy z całego świata, a szczególnie bardzo wielu Amerykanów. Zauważyć można brak lekarzy niemieckich, którzy nie przybyli z powodu wprowadzenia 100-markowej taksy za paszporty. Na uroczystem otwarciu posiedzenia dyrektor największego instytutu radowego świata w Sztokholmie prof. Forsell rozwinął szeroki program zwalzania raka. Przydentką honorową tego wielkiego kongresu naukowego została po raz pierwszy w dziejach tego rodzaju zjazdów p. Curie-Skłodowska, odkrywczyni radu. Prof. Forsell wypowiedział szereg myśli na temat zwalczania raka, godnych uwagi. Walka z rakiem należy do najważniejszyh zadań współczesnej ludzkości. Odkrycie radu i jego działań oznaczają nową epokę w tej walce. I od tego czasu stworzono wielkie instytuty, które mają za zadanie zwalczać tę straszną klęskę ludzkości. Wielki sztokholmski instytut, posiadający dużą ilość radu, mógł prowadzić tę walkę systematycznie i mógł wypróbować szereg rozmaitych metod celzniczych. Czas obecnie oprzeć organizację tej walki na najszerszej podstawie, ponieważ choroba ta — jak się zdaje — coraz bardziej rozszerza się wśród kulaturalnej ludzkości. Wszystkie dotychczasowe usiłowania zbadania przyczyny raka nie dały pozytywnych wyników. Wskutek tego znacznie ważniejszą jest rzeczą praktyczne leczenie tej choroby. Istnieją obecnie tylko dwie metody: chirurgiczny zabieg i zastosowanie promieni. Po długoletniej obserwacji, uczony stwierdza, iż potrzebna jest współpraca obu tych metod. Wielkie znaczenie leczenia promieniami radu wynika szczególnie z tego faktu, że tylko trzecia część wypadków, które poddano lekarskiemu badaniu, nadaje się jeszcze do operacji, dlatego, ponieważ choroba już zbyt daleko się posunęła. Z tej jednej trzeciej znowu większa część musi być poddana leczeniu promieniami, co bardzo często prowadzi conajmniej do polepszenia. Przy jednej piątej wszystkich wypadków raka znikają na krótszy albo dłuższy czas symptomaty dzięki temu leczeniu i to bez względu na to, czy wypadki nadają się do operacji, czy nie. Szczególnie promienie radu mają wielkie znaczenie dla lokalizacji wrzodów.

Hołd uczonych całego świata dla Curie-Skłodowskiej. Przy otwarciu III międzynarodowego kongresu radjologów w Paryżu uczeni całego świata oddali zasłużony hołd słynnej naszej uczonej p. Curie-Skłodowskiej.

W Sorbonie, gdzie odbywało się wstępne zebranie kongresu, defilowało 1.300uczonych, uczestników kongresu, przed słynną naszą rodaczką.

P. Curie-Skłodowska otrzymała najwyższe odznaczenie Ameryki w dziedzie radu. Rodaczka nasza Curie-Skłodowska, będąc, jak wyżej donosimy, honorowym prezesem międzynarodowego kongresu radjologów w Paryżu, została udekorowana wielkim złotym medalem amerykańskiego kollegjum radjologów. Jest to najwyższe odznaczenie jakie Ameryka może nadać w tej dziedzinie.

Wręczenie odznaki odbyło się niezwykle uroczyście w lokalu klubu międzyaljanckiego w Paryżu.

Sprostowanie autorów:

Autorowie artykułu w 29—30 num. P. G. L. „O działaniu żółciopędnem wód truskawieckich oraz o wpływie ich na wydzielanie moczu" proszą o dodatkowe uzupełnienie podanego przez nich piśmiennictwa pracami Dra Zenona Pelczara: 1) O leczeniu kąpielowem chorób serca i naczyń w Truskawcu — Przegląd Zdroj.-kąpielowy, 1927 i 2) Kilka słów o leczeniu diatezy dnawej w Truskawcu — Prawda, Kraków.

Poza tem na str. 576, w szpalcie pierwszej, w wierszu czwartym od dołu zamiast Monis — ma być Flaszen-Monis.

Redakcja otrzymała:

Société des nations, Organizations d'hygiène. Principes de la prophylaxie de la lèpre. Genève, avril 1931.

Kraszewki W.: „Sztuczna odma piersiowa dwustronna w gruźlicy płuc". Odbitka z „Nowin lekarskich" nr. 2, z r. 1931.

Edelman Sam.: „O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli". Odb. z „Warsz. czas. lek." nr. 25—26, z r. 1931.

S. Otolski: „Związki inozytofosforowe". Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa chemicznego, nr. 2. Warszawa, 1931.

Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w r. 1930.